

Ekkehard Othmer - Sieglinde C. Othmer
A Entrevista Clínica utilizando o DSM-IV-TR™
Volume 1: Fundamentos

Nesta nova edição, completamente atualizada de acordo com o DSM-IV-TR, os autores transformam sua experiência profissional em princípios claros, concisos, práticos e acessíveis. Ensinam como dominar os quatro componentes básicos da entrevista separadamente e como fazê-los interagir eficientemente durante as cinco fases da entrevista clínica. O livro também inclui um exemplo de relatório de avaliação psiquiátrica, conduzindo o leitor passo a passo em sua elaboração e mostrando como ele pode ser adaptado às diversas necessidades de procedimento ou pesquisa. A *entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR* apresenta uma visão singular do uso das estratégias de avaliação mais eficazes desenvolvidas no campo da psicologia e da psiquiatria clínicas.

"A *entrevista clínica...* é leitura recomendada para os médicos que estão se preparando para exames em psiquiatria... Os autores ensinam estratégias de entrevista com habilidade e *insight*."

The New England Journal of Medicine

"[Este] livro está repleto de exemplos clínicos e transcrições literais de entrevistas que permitem ao leitor compreender a fundamentação de cada diagnóstico... Os autores alcançam seu objetivo de oferecer um guia para a entrevista clínica usando o DSM... Felizmente, não sacrificam a abordagem compassiva do paciente, que é a marca registrada da psiquiatria."

American Journal of Psychiatry

"Este é um livro maravilhoso. Os autores demonstram vasto conhecimento e sensibilidade e oferecem uma abordagem clara, abrangente e bem integrada da entrevista psiquiátrica. É o tipo de livro que eu gostaria de ter escrito."

Allen Frances, M.D.

Visite nosso Web site: www.artmed.com.br



ISBN 85-363-0100-7



9 788536 301006

Ekkehard Othmer - Sieglinde C. Othmer
A Entrevista Clínica utilizando o DSM-IV-TR™
Volume 1: Fundamentos

A Entrevista Clínica

utilizando o

DSM-IV-TR™

Volume 1: Fundamentos

DALNEI MINUZZI DELEVATI
PSICÓLOGO
CRP 07/04675

Ekkehard Othmer
Sieglinde C. Othmer



616.89(047.53)
087e

Obra originalmente publicada sob o título
The clinical interview using DSM-IV-TR™ – Volume 1: Fundamentals

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London U.K.

Copyright 2002. All rights reserved.

ISBN 1-58562-051-3

ULBRA - Canoas
Biblioteca Martinho Lutero

Sist. _____
Reg. _____
Proc. _____
Data _____

Capa:
JOAQUIM DA FONSECA

Preparação do original:
IVANIZA O. DE SOUZA

Leitura final:
MARIA DA GLÓRIA ALMEIDA DOS SANTOS

Supervisão editorial:
CLÁUDIA BITTENCOURT

Editoração eletrônica e filmes:
GRAFLINE EDITORA GRÁFICA

Nota: Os autores se certificaram de que todas as informações contidas neste livro quanto à dosagem, frequência e via de administração das drogas estão de acordo com os padrões estabelecidos pelo *U.S. Food and Drug Administration* e pela comunidade médica em geral. No entanto, à medida que a pesquisa e a prática médica avançam, os padrões terapêuticos podem mudar. Por isto, e porque às vezes ocorrem erros humanos ou mecânicos, recomendamos que os leitores sigam as orientações do médico diretamente envolvido no cuidado do paciente ou de um membro da família.

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3330-3444 Fax (51) 3330-2378

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia,
distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Rebouças, 1073 – Jardins
05401-150 São Paulo SP
Fone (11) 3062-3757 Fax (11) 3062-2487

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

SOBRE OS AUTORES

Ekkehard Othmer, M.D., Ph.D., é professor adjunto de Psiquiatria no University of Kansas Medical Center e diretor médico do Psychiatric Center Picture Hills, de Kansas City. É diplomado pelo American Board of Psychiatry and Neurology, sendo um de seus examinadores. É membro da American Psychiatric Association e da Society of Biological Psychiatry. Também foi membro do grupo de inspetores dos hospitais psiquiátricos da Health Care Financing Administration (MCFA) do Department of Health and Human Services, de Baltimore, Maryland. O Dr. Othmer graduou-se pelo Department of Psychology (Ph.D.) e pela Medical School (M.D.) da University of Hamburg e fez formação como psicanalista no Psychoanalytical Institut, em Hamburg, Alemanha. Completou sua residência em Psiquiatria no Renard Hospital, da Washington University Medical School, em St. Louis, Missouri.

Sieglinde C. Othmer, Ph.D., estudou Línguas Românicas na Sorbonne de Paris, França, e História no Social Sciences Department da University of Hamburg, Alemanha, e fez seu doutorado em Ciências Sociais na University of Hamburg. Sua tese sobre a expansão dos direitos humanos na Europa na era pré-revolução foi selecionada para publicação pela Berlin Historical Commission do Friedrich-Meinecke Institut da Free University of Berlin, Alemanha. Completou um curso de pós-doutorado em Genética no Renard Hospital, Department of Psychiatry at Washington University, St. Louis, Missouri. Como professora assistente de Pesquisa, coordenou estudos de investigação sobre drogas na University of Kansas Medical School, Department of Psychiatry, , Kansas City, Kansas.

1 p. 11

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a alguns leitores da primeira edição que, por correspondência, nos enviaram os seus comentários iluminadores: Mariano Alemany, Ph.D.; Barbara A. Bebensee, Ed.D.; Philip Coons, M.D.; Jennifer McIntyre; Louis A. Pagliaro, Pharm.D., Ph.D.; John Praylor; Philinda Smith Hutchings, Ph.D.; e Melvin S. Wise, M.D.

Agradecemos a Jane Carver e à equipe da Livraria Dykes, do Centro Médico da Universidade de Kansas, Kansas City, pela eficiência no seu trabalho e auxílio como detetives no levantamento bibliográfico.

Agradecemos a Kitty Moore, nossa editora extraordinária, pelo seu auxílio nesta segunda edição. Foram o seu profissionalismo, a sua pontualidade e o seu bom humor que nos levaram adiante. Agradecemos a Despina Papazoglou Gimbel por sua afetuosa atenção aos detalhes do processo de produção.

Agradecemos a American Psychiatric Publishing e a New York University Press por também colaborarem na edição do DSM-IV-TR.

Somos especialmente gratos à American Psychiatric Publishing por seus esforços pela tradução de nosso trabalho para o grego, o italiano, o português e o espanhol. A aceitação por parte de editores estrangeiros confirma que a abordagem fundamentada no DSM-IV é de interesse para além das fronteiras dos Estados Unidos.

Agradecemos aos senhores James R. Wyrsh e W. Brian Gaddy, advogados da Wyrsh, Hobbs, Mirakian & Lee, P.C., de Kansas City, Missouri, por revisarem as leis relativas às estratégias propostas aplicadas nos casos descritos na avaliação de tendências homicidas.

Agradecemos a Claire Reinburg, diretora editorial da American Psychiatric Publishing, Inc., por seu incentivo para tornarmos esta obra compatível com o DSM-IV-TR.

APRESENTAÇÃO À SEGUNDA EDIÇÃO

Esta edição de *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR, volume 1: fundamentos* chega no momento exato, juntamente com a publicação do DSM-IV. O DSM-IV fornece o texto e os critérios para o diagnóstico das doenças psiquiátricas atualmente reconhecidas; este livro fornece a técnica de entrevista para se determinar, avaliar e implementar esses critérios. Os Othmer esclarecem como abordar o paciente de forma que se possam estabelecer os critérios diagnósticos, apontando na direção do tratamento. Por meio de exemplos de sua própria experiência clínica, o casal conduziu os clínicos por meio dos passos que auxiliam a incluir ou excluir as categorias do DSM-IV pertinentes ao diagnóstico diferencial, envolvendo o paciente neste processo.

O texto poderá ser útil até mesmo para o clínico experiente, embora seja uma leitura mais essencial para os psiquiatras, os psicólogos clínicos, os assistentes sociais e outros profissionais principiantes na área da saúde mental. Ele revela aos estudantes toda a complexidade do processo da entrevista. Ao chegar aos capítulos finais — entrevistas detalhadas, mostrando como se passa com o entrevistador o processo de inclusão e exclusão diagnóstica —, o leitor já tem uma compreensão muito bem-desenvolvida dos quatro componentes propostos pelos autores: comunicação, técnicas para se obter informação, avaliação do estado mental e o processo de elaboração diagnóstica.

Este livro ajuda a ensinar o DSM-IV, ilustrando de forma útil os critérios diagnósticos. Estabelece um padrão para a entrevista clínica e diagnóstica. Excelentes professores e clínicos, os autores instituíram o livro clássico sobre como conduzir a entrevista.

Allen J. Frances, M.D.
Presidente da Comissão de Trabalho do DSM-IV

APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO

Li este livro com vivo interesse. Não apenas porque traz o DSM-III-R no seu título (tive o privilégio de assumir um papel de liderança no desenvolvimento do DSM-III e do DSM-III-R), mas também por ter um interesse pessoal pelo ensino da entrevista clínica. Durante aproximadamente 10 anos, ministrei um curso sobre a entrevista clínica inicial para os residentes do primeiro ano do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York. Durante o curso, eu ou um residente entrevistávamos vários pacientes. (Nós nos alternávamos quanto a quem faria a primeira entrevista, e, às vezes, estas eram gravadas em vídeo antes da aula.) Nas discussões a respeito das entrevistas, tentávamos dissecá-las, para verificar o que funcionava ou não, quais as estratégias alternativas que tanto o residente quanto eu poderíamos ter empregado e que tornariam a entrevista mais eficaz.

O curso sempre teve boa receptividade, uma vez que os estudantes valorizavam a oportunidade de observar e avaliar criticamente a sua própria entrevista e a minha (assim como as de outros membros mais experientes do corpo clínico, que me auxiliaram a ministrar o curso). No entanto, sempre reconheci que, no tempo limitado de que dispúnhamos (aproximadamente 14 sessões de 2 horas de duração cada uma), com a variação na seleção dos pacientes, inúmeros problemas encontrados na entrevista clínica nunca chegavam a ser discutidos. Por isso, sempre desejei poder recomendar um bom livro que apresentasse, de forma sistemática e compreensiva, os princípios da entrevista clínica.

Qual seria a abordagem básica de tal livro? Poderia ele começar por reconhecer que a entrevista de um paciente psiquiátrico busca três metas: fazer uma hipótese quanto ao diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM-III (e, mais recentemente, o DSM-III-R), compreender a forma como o paciente vivencia as suas dificuldades e o seu mundo interno; e, se possível, chegar a compreender que fatos na vida do paciente podem ter contribuído para os seus problemas atuais. Não somente estes três objetivos não são incompatíveis, mas também deveriam se suplementar e complementar uns aos outros. Sinto muito mais confiança em um diagnóstico de episódio de depressão maior, feito de acordo com o DSM-III-R, se, além das informações incluídas nos critérios diagnósticos, eu também souber, a partir da entrevista, que o paciente sente o mundo como sendo vazio, suas dificuldades como intransponíveis e seu futuro como árido ou triste, e também que seus problemas atuais iniciaram depois de ele ter passado por um acontecimento que foi um baque na sua auto-estima ou que reativou o que para ele é um conflito de longa data.

Há muitos livros (e ainda mais capítulos de livros) que tratam do ensino da entrevista psiquiátrica. Entretanto, nenhum deles me pareceu ter sucesso na tarefa de integrar os três objetivos da entrevista clínica em um livro que seja abrangente, repleto de exemplos (alguns muito bons e alguns, com o propósito de ilustração, muito, muito ruins); e, além disso, que seja uma leitura agradável. É por isso que, assim que iniciei a leitura deste livro, dois pensamentos me ocorreram. O primeiro era que este era o tipo de livro que eu sempre desejara recomendar aos meus alunos do curso sobre entrevista psiquiátrica. O segundo foi que eu mesmo gostaria de tê-lo escrito.

Robert L. Spitzer, M.D.

PREFÁCIO À EDIÇÃO DSM-IV-TR

Ficamos muito satisfeitos com a oportunidade de atualizar os dois livros sobre entrevistas para tornar o conteúdo compatível com o DSM-IV-TR. Esperamos que essa atualização auxilie o leitor a se familiarizar com as decisões de consenso dos especialistas consultados para o DSM-IV-TR.

Nossa atualização não alterou a estrutura dos livros ou das entrevistas. Tão-somente aplicamos as mudanças do DSM-IV-TR aos comentários sobre as entrevistas e alguns exemplos de casos de avaliação de pacientes com tendências homicidas foram acrescentados.

Ekkehard Othmer, M.D., Ph.D.
Sieglinde C. Othmer, Ph.D.
Kansas City, Missouri
Agosto de 2001

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

Nossos leitores e revisores nos instigaram a manter basicamente a mesma abordagem na segunda edição de *A Entrevista Clínica Utilizando o DSM-IV*. Nada se alterou em nossa ênfase na empatia com o paciente e em nossa abordagem dos quatro vetores que orientam a entrevista psiquiátrica. Mais uma vez, nós enfatizamos simultaneamente o estabelecimento da comunicação, a aplicação de técnicas de entrevista eficazes, a avaliação dos aspectos essenciais do estado mental e a investigação de um processo de decisão diagnóstica eficiente. Mas também houve algumas mudanças importantes.

A primeira e a mais importante modificação foi a que fizemos na nomenclatura oficial. Esta edição foi adaptada ao DSM-IV.

Em segundo lugar, dividimos nossa descrição do exame do estado mental em dois capítulos: o primeiro cobre a observação, a conversação e o exame direto, e o segundo trata da questão da testagem. No capítulo sobre testagem, oferecemos um conjunto de testes que respondem à ênfase do DSM-IV na avaliação das funções cognitivas. Além disto, as pautas de avaliação de rotina da *Health Care Financing Administration, HCFA* exigem, para todos os pacientes internados, a avaliação de rotina de, no mínimo, três das áreas cognitivas: orientação, memória e inteligência. A testagem, cada vez mais comum, das funções cognitivas melhora a precisão diagnóstica e a qualidade do cuidado ao paciente, especialmente no que diz respeito à crescente população geriátrica. Assim, fornecemos um guia passo a passo de como aplicar os testes, com quem, e o que se pode definir em termos diagnósticos a partir dos resultados obtidos.

Em terceiro lugar, no desejo de simplificar o procedimento e facilitar para os leitores o entendimento dos estágios do processo de entrevistar, reduzimos o número de fases de sete para cinco.

Em quarto lugar, com as grandes mudanças ocorridas recentemente em nosso sistema de saúde, passou a ser indispensável para todos os profissionais da área da saúde mental manter um registro claro e acessível a respeito dos pacientes. No Capítulo 7, propomos um exemplo de registro clínico, por escrito, de uma avaliação psiquiátrica que provavelmente será suficiente e satisfatório para as expectativas das três fontes pagadoras. Percorremos esse registro detalhadamente, mostrando de que maneira ele poderia ser adaptado ao seu próprio procedimento e às exigências das companhias de seguro de saúde.

E, finalmente, não deixamos de incluir as descobertas recentes da pesquisa e do trabalho clínico na área da saúde mental.

Este livro foi escrito para reunir os instrumentos básicos do processo da entrevista psiquiátrica e psicológica. O empreendimento terá valido a pena se pudermos colaborar com vocês. Agradecemos a todos os profissionais da saúde que compartilharam as suas opiniões sobre a primeira edição; tentamos incorporar os seus comentários nesta revisão. Esperamos que essa segunda edição os estimule a fazer mais comentários e a nos dar mais sugestões e *insights*, pois realmente apreciamos esse tipo de retorno.

Eloísa C. C. C. C.

Sérgio L. M. M.

SUMÁRIO

Lista de figuras	25
Lista de tabelas	27

CAPÍTULO UM — TRABALHAR PRÓLOGO: ESTRUTURA

1 A entrevista orientada para o <i>insight</i> e para os sintomas	29
2 Os quatro componentes	33
3 A abordagem multifásica	34
4 A entrevista para transtornos específicos	35

CAPÍTULO DOIS — TRABALHAR ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

1 Colocar o paciente e a si mesmo à vontade	38
Reconhecer os sinais	39
Responder aos sinais	40
2. Identificar o sofrimento — demonstrar compaixão	42
Avaliar o sofrimento	42
Responder com empatia	42
3 Avaliar a capacidade de <i>insight</i> — tornar-se um aliado	43
Níveis de <i>insight</i>	43
Discriminar a parte doente do paciente	46
Estabelecer os objetivos terapêuticos	46
4 Demonstrar competência	47
Colocar a doença em perspectiva	47
Demonstrar conhecimento	47
Lidar com as dúvidas	48
Inspirar esperança	48
5 Estabelecer a liderança	48
6 Equilibrar os papéis	49
Os papéis do entrevistador	49
O ouvinte empático	49
O especialista	49
A autoridade	49
Os papéis do paciente	50
O portador de uma doença	50

O sofredor	50
O "VIP"	51
Interação entre papéis	51
Dependência da liderança do entrevistador	51

CAPÍTULO TRÊS

ESTRATÉGIAS PARA OBTER INFORMAÇÃO: TÉCNICAS 55

1	Queixas	56
	Técnicas para iniciar a entrevista	56
	Técnicas de esclarecimento	58
	Técnicas de condução	65
2	Resistência	69
	Expressão da aceitação	70
	Confrontação	70
	Confrontação com as consequências	72
	Deslocamento e substituição	73
	Exagero	74
	Indução à fanfarronice	74
3	Defesas	75
	Reconhecimento	75
	Manejo das defesas	75

CAPÍTULO QUATRO

TRÊS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL 87

1	Observação	89
	Aparência	89
	Estado de consciência	91
	Comportamento psicomotor	91
2	Conversação	93
	Atenção e concentração	93
	Fala e pensamento	93
	Orientação	99
	Memória	99
	Afeto	100
3	Investigação	102
	Humor	103
	Nível de energia	104
	Percepção	104
	Conteúdo do pensamento	106
	Sintomas somáticos sem explicação médica	116
	Conversão	116
	Dissociação	116
	Ataques paroxísmicos ("acessos")	117
	Funcionamento executivo	118
	Insight	119
	Juízo crítico	119

CAPÍTULO CINCO

TESTAGEM 125

1	Nível de consciência: letargia, estupor e coma	127
2	Atenção e vigilância: distratibilidade e perseveração	128
3	Memória: amnésia e incapacidade para aprender	129
4	Orientação: confusão	133
5	Linguagem: afasia	133
6	Conhecimento: agnosia	138
7	Desempenho: apraxia	138
8	Reflexos e movimentos patológicos	139
9	Amplitude afetiva	140
10	Sugestionabilidade: dissociação	141
11	Pensamento abstrato: concretude	142
12	Inteligência: demência, retardo mental	143
13	Testagem seriada de estados psicológicos seletivos	144

CAPÍTULO SEIS

CINCO PASSOS PARA FAZER UM DIAGNÓSTICO 149

1	Indícios diagnósticos	152
	Desconforto	153
	Queixa principal	153
	Sinais	154
	Expandir versus focalizar	154
	Diagnóstico diferencial	155
2	Critérios diagnósticos	160
	Transtornos clínicos (Eixo I)	161
	Transtornos de personalidade (Eixo II)	166
	Problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV)	172
	Transtornos sem outra especificação (SOE)	176
	Verificação de transtornos não-investigados	177
3	História psiquiátrica	177
	Personalidade pré-mórbida	177
	Curso dos transtornos clínicos	178
	Curso dos transtornos de personalidade	178
	História do tratamento	180
	História social	180
	História médica (Eixo III)	182
	História familiar	185
4	Diagnóstico	188
	Capacidades e pontos fortes	188
	Formulação diagnóstica	188

1	Diagnósticos multiaxiais	189
2	Eixos I e II	189
3	Eixo III	190
4	Eixo IV	190
5	Eixo V	190
5	Prognóstico	191

CAPÍTULO SETE

AS CINCO FASES E OS QUATRO COMPONENTES:

COMO REUNIR TODOS OS ELEMENTOS 193

1	Fase 1: Aquecimento e rastreamento do problema	194
2	Fase 2: Seguimento das impressões preliminares	197
3	Fase 3: História e base de dados	197
4	Fase 4: Diagnóstico e <i>feedback</i>	199
5	Fase 5: Prognóstico e contrato de tratamento	199
6	Entrevista com um paciente cooperativo	200
7	Formato de resumo de caso	212

CAPÍTULO OITO

UM PACIENTE DIFÍCIL 219

CAPÍTULO NOVE

ENTREVISTA EM TRANSTORNOS ESPECÍFICOS:

TRANSTORNOS CLÍNICOS 235

1	Perplexidade e desconfiança na demência	236
2	Impostura e negação no abuso e dependência de álcool	240
3	Hiperatividade iritável no transtorno bipolar	245
4	Desconfiança no transtorno delirante	248
5	Evitação na fobia	254
6	Descrença e constrangimento no transtorno de pânico	257
7	Sentimentos de perseguição no retardo mental	262
8	Preguiça na narcolepsia	267

CAPÍTULO DEZ

ENTREVISTA EM TRANSTORNOS ESPECÍFICOS:

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE 271

1	Retraimento emocional e comportamento estranho — Grupo A	274
	Desconfiança no transtorno de personalidade paranóide	274
	Retraimento no transtorno de personalidade esquizóide	275
	Irracionalidade no transtorno de personalidade esquizotípica	276

2	Emocionalidade exagerada e dramática — Grupo B	278
	Mentiras no transtorno de personalidade anti-social	278
	Labilidade no transtorno de personalidade <i>borderline</i>	282
	Tendência à falsificação no transtorno de personalidade histriônica	284
	Grandiosidade no transtorno de personalidade narcisista	286
3	Ansiedade e tendência à submissão — Grupo C	287
	Hipersensibilidade no transtorno de personalidade esquiva	287
	Submissão no transtorno de personalidade dependente	289
	Circunstancialidade e perfeccionismo no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva	290
4	Transtornos de personalidade sem outra especificação (SOE)	292
	Controvérsia: transtorno de personalidade depressiva <i>versus</i> transtorno distímico	292
	Ressentimento no transtorno de personalidade passivo-agressiva (Negativista)	292
	Crueldade exigente no transtorno de personalidade sádica	294
	Sacrifício e autodestruição no transtorno de personalidade autodestrutiva	297
	EPÍLOGO	301
	GLOSSÁRIO	303
	APÊNDICE	313
	A entrevista executiva (EXIT)	314
	Avaliação qualitativa da demência (QED)	327
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	331
	ÍNDICE	337

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	As cinco fases da entrevista padrão	35
Figura 4.1	Desenhe um relógio	98
Figura 5.1	Perseveração	129
Figura 5.2	Itens de teste para reprodução visual pelo desenho	130
Figura 5.3	Localização da lesão cerebral em diferentes tipos de afasia no hemisfério dominante	134
Figura 5.4	Árvore de decisão para oito diferentes tipos de afasia	136
Figura 6.1	Curso natural de vários transtornos psiquiátricos	179
Figura 9.1	Apraxia de construção: desenhe um cubo	240

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1	Prós e contras das perguntas abertas e das fechadas	58
Tabela 3.2	Mecanismos de defesa em sete níveis (DSM-IV-TR)	76
Tabela 4.1	Delírios com temas depressivos	111
Tabela 4.2	Delírios de grandeza	111
Tabela 4.3	Delírios de passividade	112
Tabela 4.4	Delírios de perseguição e grandeza e seus correlatos diagnósticos	113
Tabela 5.1	Dimensões da memória	132
Tabela 5.2	Perfil de desempenho dos diferentes tipos de afasia	136
Tabela 5.3	Agnosias e lesões neuroanatômicas associadas	138
Tabela 5.4	Apraxias e lesões neuroanatômicas associadas	139
Tabela 5.5	Teste de Kent	143
Tabela 5.6	Avaliação rápida da inteligência	144
Tabela 5.7	Miniexame do estado mental	145
Tabela 6.1	Sintomas essenciais dos transtornos clínicos (Eixo I)	156
Tabela 6.2	Transtornos de personalidade: co-morbidade e ocorrência familiar	169
Tabela 6.3	Transtornos de personalidade como padrões mal adaptativos de cognição, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos/afetividade	173
Tabela 6.4	Agentes psicotrópicos e sua especificidade para o tratamento de transtornos clínicos	181
Tabela 6.5	Sintomas psiquiátricos associados a condições do Eixo III: transtornos físicos	183
Tabela 6.6	Sintomas psiquiátricos associados aos efeitos colaterais de drogas não-psiquiátricas	186
Tabela 7.1	As cinco fases da entrevista e os quatro componentes	195
Tabela 10.1	Critérios do DSM-IV-TR para 10 transtornos de personalidade	273

- 4 componentes:
- * comunicação
 - * técnica
 - * avaliação estado mental
 - * estabelecimento diagnóstico.

CAPÍTULO UM

PRÓLOGO: ESTRUTURA

1. A entrevista orientada para o *insight* e para os sintomas
2. Os quatro componentes
3. A abordagem multifásica
4. A entrevista para transtornos específicos

RESUMO

O Capítulo 1 fornece a estrutura e os fundamentos lógicos do processo de entrevista psicodiagnóstica descritiva. Compara a entrevista psicodinâmica, orientada para o *insight*, com a entrevista descritiva, orientada para a investigação dos sintomas, e demonstra a sua integração.

A entrevista desenvolve-se em quatro dimensões e tem, portanto, quatro componentes: comunicação*, técnica, avaliação do estado mental e estabelecimento do diagnóstico. Este processo de entrevista habitualmente se desenvolve em cinco fases. Quando a patologia do paciente interfere com esse processo, o entrevistador precisa modificar a estratégia.

▲▲▲▲▲

A insanidade, mesmo em suas formas mais leves, é o maior sofrimento que o médico tem que enfrentar.

Emil Kraepelin
Conferências sobre psiquiatria clínica, 2ª ed., 1906

▼▼▼▼▼

A habilidade para conduzir uma entrevista clínica completa é a primeira etapa decisiva para a avaliação e para o tratamento de um paciente. Para desenvolver ou aperfeiçoar um estilo de entrevista eficaz, flexível e fluente, o profissional da área da saúde mental necessita conhecer os princípios básicos que fundamentam o processo de entrevistar.

Neste primeiro capítulo, vamos examinar fundamentos lógicos do processo descritivo de entrevistar e fornecer a fundamentação para uma entrevista bem conduzida.

1. A ENTREVISTA ORIENTADA PARA O INSIGHT E PARA OS SINTOMAS

Existem dois estilos empregados pelos profissionais de saúde mental: *aquele que está orientado para o insight (psicodinâmico)* e *aquele fundamentado na investigação dos sintomas (descritivo)*. A abordagem com base na investigação dos sintomas é muito mais compatível com aquela descritiva, exigida pelo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Ambas têm suas vantagens, podendo ser integradas para que se desenvolva um estilo de entrevista que revele, sobre o paciente, informações em diversos níveis. Os dois estilos serão comparados minuciosamente, com destaque para as respectivas concepções subjacentes no que diz respeito ao conceito de doença, metas e métodos de entrevista.

A entrevista orientada para o insight tem origem no conceito de que conflitos profundos, frequentemente com origem na infância, podem tornar-se agentes patogênicos na mente, interferindo nas ações do paciente, distorcendo as suas percepções e levando-o a apresentar sintomas, um comportamento mal-adaptado e sofrimento*.

A entrevista orientada para o insight tenta desvendar esses conflitos e trazê-los à consciência do paciente, na expectativa de que ele possa resolvê-los. Ele costuma resistir a essa revelação, utilizando o que se tem denominado "mecanismos inconscientes de defesa".

Os métodos empregados pelo entrevistador orientado para o insight são os seguintes: interpretar as associações livres e os sonhos; detectar as ansiedades do paciente; confrontá-lo com sua conduta interpessoal com o terapeuta e em relação às demais pessoas; identificar as defesas e analisar a resistência do paciente em discutir os seus conflitos. O terapeuta conduz a entrevista com o duplo propósito de diagnosticar e tratar.

A entrevista orientada para os sintomas tem origem no conceito de que as doenças psiquiátricas se manifestam por meio de um conjunto característico de sinais, sintomas e comportamentos; uma evolução previsível; uma resposta mais ou menos específica ao tratamento; e, habitualmente, uma ocorrência familiar (American Psychia-

tric Association, 2000). Assim como ficou demonstrado pelos estudos com gêmeos e filhos adotivos, tanto a hereditariedade quanto a aprendizagem podem contribuir para essa ocorrência familiar (Goodwin e Guze, 1989).

Não conhecemos todos os fatores etiológicos que contribuem para a manifestação desses transtornos. Já foram identificados alguns dos componentes biológicos e psicológicos, mas esses achados não são suficientes para classificar tais transtornos segundo a etiologia. Portanto, a classificação se baseia mais em critérios clínicos do que em uma patologia subjacente (presumida) (Ludwig e Othmer, 1977; Akiskal e Webb, 1978).

A meta da entrevista orientada para a investigação dos sintomas é classificar as queixas e as disfunções do paciente de acordo com as categorias diagnósticas definidas (pelos critérios do DSM-IV-TR). Um diagnóstico desta natureza ajuda a prever a evolução futura (prognóstico) e a selecionar empiricamente o tratamento mais eficaz — mas não possibilita conclusões quanto às suas causas.

O método apoiado na investigação dos sintomas consiste em observar o comportamento do paciente e em motivá-lo a descrever seus problemas detalhadamente. O entrevistador traduz as suas observações em termos de sinais e sintomas para um diagnóstico descritivo (Transtornos dos Eixos I e II no DSM-IV-TR). Isso inclui a avaliação da adaptação e das capacidades do paciente, do seu modo pessoal de lidar com o transtorno e uma avaliação de sua condição médica, bem como dos seus problemas psicossociais e ambientais.

As manifestações de um mesmo transtorno variam de um paciente para outro, assim como os mecanismos de que ele se vale para lidar com a situação e as respostas ao tratamento. Além disso, a co-morbidade dos transtornos de personalidade e o impacto das doenças em geral, do estresse e dos conflitos interpessoais complicam a adaptação e o prognóstico. Para não deixar de levar em conta esses fatores, o entrevistador que toma por base a investigação dos sintomas inclui, em um diagnóstico multiaxial, os problemas de retardo mental e os transtornos de personalidade (Eixo II), os problemas médicos em geral (Eixo III), os problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV), a avaliação geral do nível de funcionamento (Eixo V) e o funcionamento defensivo (o assim proposto Eixo VI).

Há mais de 3 mil anos, todas as especialidades médicas têm preconizado esse tipo de entrevista descritiva. Na psiquiatria, esta tradição está exemplificada na obra de Emil Kraepelin (1856-1926), bem como na de seus contemporâneos, seguidores e críticos (Kleist, 1928; Leonhard, 1979). São vários os livros recentes que abordam o processo da entrevista psiquiátrica a partir de um ponto de vista descritivo (Leon, 1989; Hersen e Turner, 1985; MacKinnon e Yudofsky, 1986; Shea, 1988; Simms, 1988; Morrison, 1993).

Em resumo, a entrevista orientada para o insight e a entrevista apoiada na investigação dos sintomas servem a propósitos distintos na psiquiatria e na psicologia. A primeira, orientada para o insight, com uma abordagem interpretativa, explica os sinais, os sintomas e as condutas, e a segunda com uma abordagem descritiva, classifica os sinais e os sintomas nas categorias nosológicas.

Ambas as abordagens são compatíveis e podem ser utilizadas conjuntamente de maneira eficaz. Os profissionais da área da saúde mental parecem concordar que podem compreender melhor a personalidade do paciente, os seus conflitos e problemas com a vida em geral pela abordagem psicodinâmica, mas que as principais doenças psiquiátricas e os transtornos de personalidade são mais bem-avaliados pelo método descritivo. Uma síntese da interpretação e da descrição pode fazer a ponte entre esses dois pontos de partida distintos.

O entrevistador pode usar ambos os tipos de entrevista de forma alternada ou em duas etapas consecutivas. Partirá do pressuposto de que o paciente pode sofrer tanto de uma doença psiquiátrica ou de um distúrbio de personalidade quanto de conflitos inconscientes. Poderá fazer o diagnóstico da doença psiquiátrica principal de acordo com os Eixos I e II do DSM-IV-TR, por meio de uma entrevista dirigida à investigação dos sintomas. Se, após o tratamento, os conflitos interpessoais persistirem ou se revelarem, poderá mudar para um estilo de entrevista orientada para o insight, complementando, assim, numa segunda etapa, sua abordagem inicialmente fundamentada na investigação dos sintomas.

De fato, costuma-se observar uma interação entre os conflitos interpessoais e as doenças psiquiátricas. Os transtornos psiquiátricos podem reviver e ampliar os conflitos interpessoais existentes ou evocar novos conflitos, enquanto os conflitos preexistentes podem desencadear o surgimento ou agravar o curso de doenças psiquiátricas.

Em 1916, E. Bleuler foi o primeiro psiquiatra proeminente a integrar esses dois pontos de vista. Muitos psiquiatras seguiram esta abordagem integradora, sob o rótulo de psiquiatria eclética. Uma abordagem claramente distinta em duas etapas garante um ajuste da entrevista às necessidades do paciente.

Como utilizar ambos os métodos

O relato de caso a seguir ilustra o método em duas etapas, iniciando pelo método descritivo e passando, então, ao trabalho interpretativo.

Geórgia é uma mulher solteira, de 36 anos, que está em terapia há seis anos. Do ponto de vista diagnóstico, preenche os critérios do DSM-IV-TR para

transtorno depressivo maior, transtorno delirante e transtorno obsessivo-compulsivo. O agravamento de seu transtorno do humor intensifica tanto seus sintomas obsessivo-compulsivos quanto suas idéias de perseguição, embora a remissão da depressão não resulte na remissão de nenhum dos outros dois transtornos. nem o obsessivo-compulsivo nem os delírios. Ela é solteira e funciona bem no trabalho, mas socialmente se mantém isolada. Os seus sintomas não responderam à clomipramina (Anafranil), mas melhorou com a combinação de amitriptilina (Tryptanol) e hidroclorotio de tioxantina (Navane). Já que as suas idéias de perseguição haviam diminuído, reduziu-se gradualmente a dose de Navane, no sentido de se evitarem os riscos de discinesia tardia e devido às queixas da paciente de que se sentia menos ativa e mais desanimada com a medicação. Ela recentemente perdera o seu emprego, porque a empresa em que trabalhava transferira-se para uma outra cidade.

Encontrou um outro emprego em uma empresa de encomendas pelo correio, no qual precisava corrigir os pedidos de compras na tela de um computador que apresentava os erros em destaque. Adorava esse tipo de trabalho e o realizava muito bem e muito rápido. Já nas primeiras semanas, conseguia fazer 8 mil correções por dia.

Por acaso, detectou que alguns quadros tinham mais do que uma área em destaque. Com base no falso pressuposto de que existia apenas um erro por quadro, imaginara que havia superado os seus colegas. Ficou arrasada. Imaginou ter colocado em desordem milhares de pedidos da companhia, tendo, assim, provocado um dano irreparável — tudo isso devido ao seu desejo de ser "a melhor".

Durante alguns dias, escondeu o erro e manteve a sua rotina. Por fim, sentiu que não conseguiria mais levar isso adiante, passando a ficar em casa, sem notificar o seu patrão. Seu supervisor a chamou. Ela admitiu seu erro, sentindo-se grata por ele não ter dito o que esperava ouvir. Geórgia trabalhou por dois dias, sempre contente por ir trabalhar. No terceiro dia, levou algumas pizzas para os colegas para expressar sua gratidão.

Naquela tarde, um de seus colegas procurou-a e disse: "Você não precisa esfriar os seus dedos?", repetindo essa observação mais tarde. Geórgia ficou chocada. Começou a ruminar a respeito disso. Então notou que o número de pedidos de compras que deveria pegar do guichê era somente um décimo da quantidade habitual, forçando-a a interromper o seu trabalho com frequência, deixar o terminal, caminhar até o guichê e pegar um novo conjunto. Nesse trajeto, não podia deixar de observar que todos os outros 30 funcionários da sala digitavam muito lentamente, quase em uma espé-

*Sigmund Freud (1856-1939) desenvolveu a teoria psicodinâmica da doença psiquiátrica e os métodos de entrevista dirigidos ao insight (Freud, 1952-1955). Durante os últimos cem anos, outros pesquisadores aperfeiçoaram este conceito, estabelecendo seu lugar na psiquiatria (por exemplo, Adler, 1964; Berne, 1964; Dubois, 1913; Erikson, 1969; Horney, 1939; Jaspers, 1962; Jung, 1971; Klein, 1952; Masserman, 1955; Menninger, 1958; Meyer, 1957; Rado, 1956; Reich, 1949; Rogers, 1951; Sullivan, 1954; Wolberg, 1967).

cie de ritmo, tap-tap-tap, sem nenhuma conversa fiada, somente o tap-tap-tap.

Imediatamente, entendeu o que estava acontecendo. Colocavam a pequena pilha de pedidos de compras para distraí-la do seu trabalho, de tal maneira que ela fosse obrigada a observar a digitação lenta a lhe transmitir a mensagem: "Você confundiu tudo, nós temos que fazer o seu trabalho, diminua o ritmo para não se enganar novamente". Compreendeu que a aceitaram de volta ao trabalho como uma armadilha maldosa, para castigá-la por seus erros. Cada toque nas teclas era uma condenação, vingança pelo que havia feito.

Volto chorando para a sua mesa de trabalho. Eles a tinham pego! E ela merecia. Era uma maldade e uma crueldade tão grandes e, mesmo assim, tão brilhantes. Se alguém sabia como torturá-la, eram eles.

No dia seguinte, não apareceu e nem deu notícias, sendo demitida.

Segue-se como o entrevistador utiliza uma abordagem em duas etapas com esta paciente.

Primeira etapa: A parte fenomenológica da avaliação de Geórgia é direta e fácil. Ela tivera idéias persecutórias no passado. Às vezes, essas eram acompanhadas de sintomas vegetativos de depressão e de humor disfórico, mas jamais de alucinações. Desde que o neuroléptico foi descontinuado, quando ficou desempregada, ela recaiu e os delírios de perseguição voltaram. O quadro clínico de Geórgia preenchia os critérios para o diagnóstico de transtorno delirante (DSM-IV-TR 297.1). O tratamento com Navane foi reinstituído.

Segunda etapa: Quando Geórgia marcou a consulta e nos relatou o seu problema, optamos por uma intervenção psicodinâmica, interpretativa. Aqui temos um trecho desta parte da entrevista.

1. M: Você andou sofrendo uma provação e tanto, não é?

P: Não é horrível? Não entendo como os seres humanos podem fazer este tipo de coisa para os outros.

2. M: Concordo com você. É uma tortura imperdoável.

P: Não entendo isso. Todos pareciam tão simpáticos, e eu, de fato, gostava do meu supervisor. Ele me permitiu voltar e realmente não me humilhou de maneira nenhuma. Não entendo como fez isso comigo.

3. M: Mas não foi ele que fez isso com você; não foram eles.

P: (agitada, em pânico) Mas, Dr. O., o que é que o senhor quer dizer? Acabo de lhe contar o que eles fizeram comigo. Como é que o senhor pode dizer que não foram eles?

4. M: Porque foi você... Foi você mesma que fez. Pensou que merecia aquela punição pelo grande crime que cometera. E, quando a punição não veio, você mesma se castigou.

P: (mais excitada) Mas, Dr. O., o senhor não acredita em mim — o senhor é minha última esperança, o meu único amigo — e o senhor não acredita em mim...

5. M: Acredito em tudo o que você me contou. A maioria das suas observações está correta. Só não concordo com as suas interpretações, com o que você pensa que tudo isso significa.

P: (numa voz um pouco menos angustiada) Mas como o senhor explica o que o meu colega disse a respeito dos meus dedos "quentes" e do fato de todos digitarem tão devagar?

6. M: Não sei. Mas vou-lhe fazer algumas perguntas. Desde que você trabalha lá, quantos funcionários novos começaram a trabalhar?

P: Dos 30, aproximadamente seis.

7. M: Veja, em uma profissão como a sua, existe uma grande rotatividade. Como é que você pode imaginar que um supervisor colocaria todos juntos, digitando lentamente, só para castigá-la? De que maneira ele conseguiria esse tipo de cooperação? "Se eles fazem isso com a Geórgia, farão comigo também." (utilizando as próprias tendências paranoídas da paciente para transpor a barreira da crença delirante).

P: Pensei nisso a caminho de casa, naquela noite. Mas, então, pensei que era tudo muito real.

8. M: Sim, é real. Você não tem como saber que não é. E você tem razão. Errou, e o supervisor errou também, não detectando o seu erro. E eu cometi um erro, suspendendo a medicação (o Navane), que teria ajudado você a distinguir a diferença entre o que está se passando dentro e fora de você. Assim, todos nós erramos. Que tal tentarmos consertar os erros que pudermos? Eu vou lhe dar uma nova receita. Daqui a poucas semanas essas coisas não acontecerão mais.

P: (balançando a cabeça) Dr. O., não acredito que o senhor me ache tão paranoide.

9. M: Sei que você não pode. E não espero que acredite naquilo que eu lhe disse. Poderá até pensar que eu esteja com eles também.

P: É verdade, isso me passou pela cabeça. Pensei que eles teriam falado com o senhor.

10. M: Sim, isso acontece. Você não consegue pensar de outra forma.

P: (mais calma) Sim, eles realmente fizeram isso.

11. M: Você não gostaria de chamar o supervisor agora mesmo?

P: Mas, Dr. O., ele nunca o admitiria.

12. M: Você não acredita que ele gostaria de que ao menos pudessem conversar sobre os erros, em vez de castigá-la desse jeito?

P: Hmm... Acho que sim.

13. M: Existe alguma coisa capaz de convencê-la?

P: Sim, se eles me pagarem. Naturalmente que não pagariam pelo que eu fiz.

14. M: Se lhe pagarem, isso vai significar que poderia ter sido você mesma que se inflingiu o castigo... De qualquer forma, aqui está a receita e eu quero que você comece e tomar a medicação ainda hoje.

Comentário: A paciente telefonou para a empresa para saber se havia um cheque para ela, o qual, de fato, estava lá. Ela se desculpou com o supervisor. Na consulta seguinte com seu médico, uma semana depois e de volta à questão do neuroléptico:

P: É horrível o quanto eu sou paranoide. Ainda sinto que tudo isso é real.

M: Vai passar, quando a medicação estiver fazendo pleno efeito — e não vamos interrompê-la novamente. Eu lhe peço desculpas pelo meu erro. Isso lhe custou o seu emprego.

O caso demonstra a abordagem em duas etapas. Etapa 1: Geórgia apresenta sintomas crônicos, o que a qualifica para um diagnóstico de transtorno delirante (DSM-IV-TR), um diagnóstico que prevê o retorno dos sintomas, caso haja interrupção da medicação.

Etapa 2: Esse caso também demonstra que Geórgia tem um superego forte e punitivo, que vai castigá-la quando ela errar, intencionalmente ou não. Uma interpretação psicodinâmica pode explicar o conteúdo do seu delírio, embora não possa, na ausência de neurolépticos, modificar a sua tendência a construir estas idéias em torno de acontecimentos estressantes e fatos do cotidiano.

Não tome esse exemplo como sugestão de que deveríamos interpretar todo e qualquer delírio, ou de que o manejo desse caso possa ser tomado como modelo. A interpretação tinha como objetivos tranquilizar Geórgia e motivá-la a retomar o uso da medicação. Além disso, é desaconselhável tentar utilizar uma interpretação agressiva como essa em uma primeira consulta, quando ainda não conhecemos bem o paciente.

Este livro descreve uma abordagem sistemática da entrevista fenomenológica em psiquiatria (primeira etapa). No entanto, nossa abordagem não é tão simples, já que inclui uma descrição dos padrões transferenciais no Capítulo 2 e dos mecanismos de defesa no Capítulo 3 (Técnicas), além do estado mental e da testagem (Capítulos 4 e 5). Esta abordagem se encontra, portanto,

na fronteira com a entrevista psicodinâmica (Vaillant, 1986).

2. OS QUATRO COMPONENTES

A ênfase na fenomenologia exige novo enfoque nas técnicas de entrevista, combinando um método orientado para o objetivo diagnóstico, de acordo com o DSM-IV-TR, com a avaliação dos sinais e sintomas em uma entrevista de psicodiagnóstico.

Uma maneira útil de compreender esta técnica é compará-la com o modo como alguns artistas do século XX passaram a pintar a figura humana, o retrato. *O retrato de Sylvette*, de Pablo Picasso, pertencente ao Instituto de Arte de Chicago (Gedo, 1980), mostra essa inovação. Picasso retratou a mulher a partir de todos os lados, de frente, de lado, de trás, todos simultaneamente. Ele nos dá um retrato "total", uma "visão em estereó" para uma representação abrangente do personagem.

Uma entrevista psicodiagnóstica exige uma abordagem semelhante. A medida que vão aparecendo, no decorrer de toda a consulta, o paciente é avaliado em quatro dimensões: na comunicação com o entrevistador, em sua resposta às intervenções técnicas (para se obterem todos os dados necessários, é preciso que a entrevista se desenrole de modo fluente), quanto ao seu estado mental e aos seus sinais e sintomas que surgirem durante a entrevista. É preciso estar atento a esses quatro componentes, durante todo o tempo. Tanto a entrevista orientada para o insight quanto aquela orientada para os sintomas adotam uma abordagem semelhante, levando em consideração os quatro elementos.

Comunicação: Refere-se à relação entre o entrevistador e seu paciente. Estabelecer a comunicação é tão importante para o repórter que busca na entrevista conhecer "o quê, onde, quando e por quê", quanto o é para o alto executivo que quer comercializar o seu produto e precisa conhecer as necessidades do consumidor.

Ambos os tipos de entrevista diagnóstica enfatizam a importância de estabelecer, avaliar e manter a comunicação. A entrevista orientada para o insight é concebida em termos de transferência e contratransferência, buscando, portanto, identificar na entrevista a repetição de antigos padrões infantis de relacionamento. Na abordagem descritiva, pensa-se na comunicação como a interação paciente-terapeuta, que progride do entendimento à confiança.

Técnica: Refere-se aos métodos utilizados pelo entrevistador para estabelecer a comunicação e para obter as informações necessárias. Os entrevistadores se sentem orgulhosos de sua técnica. Por exemplo, Barbara Walters,

a entrevistadora da TV, escreveu o livro *How to Talk to Anybody About Anything*. As técnicas vão desde perguntas amplas e abertas até a confrontação, e da interpretação à interrogação.

Tanto a entrevista dirigida ao *insight* quanto a entrevista descritiva enfatizam a importância da técnica, embora baseadas em métodos diferentes. A entrevista orientada para o *insight* utiliza técnicas para desvendar os conflitos inconscientes, como a associação livre, a confrontação e a interpretação, enquanto a entrevista descritiva enfatiza as técnicas empregadas para a avaliação dos sintomas, sinais, comportamentos e disfunções psicológicas.

Estado mental: Refere-se ao estado mental geral do paciente, enquanto conversamos com ele. Ele é claro ou vago nas suas respostas? É rápido ou lento para lembrar? Orienta-se pela realidade ou por idéias estranhas e bizarras? Isso tanto é verdade para o entrevistador orientado para o *insight* quanto para aquele dirigido para a investigação dos sintomas. O entrevistador avalia o funcionamento psicológico e psicossocial durante a entrevista e reconhece a sua importância. Quando orientado para a investigação dos sintomas, os descreve e enfoca em termos do comportamento psicomotor, linguagem e pensamento, afeto, humor, conteúdo do pensamento, memória, orientação e juízo crítico, já o entrevistador orientado para o *insight* vai adiante da descrição dessas perturbações funcionais e identifica os mecanismos de defesa e os conflitos subjacentes.

Diagnóstico: Quanto mais o terapeuta conhece a respeito das capacidades e fraquezas do paciente, bem como de seu sofrimento, tanto mais habilitado estará para fornecer um diagnóstico adequado e preciso. Quanto mais experiente for e mais souber a respeito da doença, dos motivos desencadeantes e dos meios de adaptação, tanto mais habilitado estará para avaliá-los.

Ambos os tipos de entrevista buscam o diagnóstico, mas seguem por caminhos diferentes. A entrevista orientada para o *insight* identifica conflitos e padrões de comportamento sob comando inconsciente, utilizados para uma formulação psicodinâmica, enquanto aquela orientada para a investigação dos sinais e sintomas se esforça para coletar um conjunto de sinais e sintomas que se ajustem aos critérios diagnósticos das doenças.

Do Capítulo 2 ao 6, serão descritos separadamente os quatro componentes da entrevista orientada para o *insight* e para a investigação dos sintomas. Esta abordagem da entrevista em forma de dissecação é semelhante à abordagem do corpo humano, tradicional em medicina: os mesmos órgãos e sistemas são descritos repetidamente, em seus aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos e bioquímicos. Obviamente, a anatomia, a histologia,

a fisiologia e a bioquímica não existem independentemente umas das outras. Ao contrário, estão profundamente interligadas, e os diferentes aspectos do mesmo sistema de órgãos são separadamente examinados para que possam ser mais bem estudados, ensinados e pesquisados e, assim, se venha a conhecer o corpo e seus órgãos e tratar das suas doenças. De forma semelhante, a comunicação, as técnicas de avaliação, o exame do estado mental e o processo diagnóstico estão interligados. Por razões heurísticas, vamos estudá-los em separado.

A entrevista com um paciente pode ser comparada à situação de duas pessoas montando um quebra-cabeça, sendo que o paciente tem as peças e o entrevistador, a imagem do desenho completo.

1. Ambos devem estar dispostos a fazer isso juntos — comunicação.
2. O entrevistador deve saber obter do paciente as peças; ele as solicita e as agrupa em pequenos setores — técnicas de avaliação.
3. O entrevistador deve inspecionar e movimentar continuamente todas as peças à sua frente — estado mental.
4. O entrevistador compara constantemente o que acaba de reunir com o desenho, para verificar que peças ainda estão faltando — diagnóstico.

3. A ABORDAGEM MULTIFÁSICA

Qualquer entrevista se dá como um processo que ocorre em um espaço de tempo. A maior parte dos livros que tratam da entrevista, tanto a dinâmica quanto a descritiva, dividem-na em três fases: abertura, fase intermediária e encerramento (MacKinnon e Michels, 1971). As fases diferem quanto aos seus objetivos.

Na *fase de abertura*, o entrevistador “aquece” o paciente, estabelece a comunicação e prepara-o para a parte principal da entrevista.

Na *fase intermediária*, é realizada a maior parte do trabalho e, por isso, esta fase dura a maior parte do tempo. Há aqueles que a subdividem ainda mais, para enfatizar as mudanças de metas. Nós também faremos isso. Obviamente, essas divisões são arbitrárias, embora de valor heurístico.

Na *fase de encerramento*, o entrevistador prepara o paciente para o término. Evita tópicos muito carregados do ponto de vista emocional, resume para o paciente o que ele compreendeu e oferece uma perspectiva a respeito do futuro.

Aperfeiçoamos os estágios da entrevista, de forma a auxiliar o médico a compreender melhor o processo. Identificamos cinco fases, como segue:

1. “Aquecimento” e rastreamento do problema
2. Seguimento das impressões preliminares
3. História psiquiátrica
4. Diagnóstico e *feedback*
5. Prognóstico e contrato de tratamento.

As cinco fases e sua integração com os quatro componentes da entrevista (ver Figura 1.1) estão descritas no Capítulo 6 e ilustradas com fragmentos de entrevistas gravadas nos Capítulos 7 e 8.

Muitas vezes, nas suas próprias entrevistas, você se afastará dessa ordem, porque seguirá as deixas do paciente, indo para a frente e para trás entre as diversas fases. Ainda assim, é crucial conhecer a sequência lógica das fases; a maior parte das entrevistas realmente segue este padrão de desenvolvimento. Além disso, se a consulta vai mal, o entendimento a respeito dessas fases distintas oferece padrões de posicionamento aos quais o entrevistador pode recorrer para retomar sua orientação e seus objetivos.

4. A ENTREVISTA PARA TRANSTORNOS ESPECÍFICOS

Se um paciente é difícil, o entrevistador experiente modifica a sua estratégia. De que outras maneiras é possível atingir o paciente? O que fazer com aqueles que

não compreendem que você quer ajudar ou com aqueles que se negam a falar? Quer você pesquise os conflitos ou coleione sintomas, a timidez do paciente, o seu retraimento ou sua hostilidade podem atrapalhar. Assim, a patologia pode dificultar a abordagem clássica que se utiliza com um paciente cooperativo (Capítulo 7). O terapeuta precisa, então, ajustar as suas estratégias de entrevista ao comportamento que é típico daquela doença. Os Capítulos 8 a 10 descrevem como fazê-lo em alguns transtornos clínicos e de personalidade. Também poderá recorrer ao nosso livro *The Clinical Interview Using DSM-IV, Volume 2: The Difficult Patient*, (Othmer e Othmer, 1994) que fornece técnicas e abordagens específicas para o trabalho com essas pessoas.

Nos capítulos que se seguem, apresentamos inicialmente as estratégias gerais de como entrevistar e, em seguida, as modificações necessárias para transtornos específicos. Você pode utilizar os dois padrões de aferição para julgar a qualidade da sua técnica de entrevista: o resultado a curto e a longo prazo.

Para uma avaliação a curto prazo de sua técnica, observe se o paciente se envolve no processo da entrevista e contribui espontaneamente com mais informações. Se isto ocorrer, a sua abordagem obviamente está sendo produtiva. A longo prazo, se o paciente retorna depois da entrevista inicial, coopera no tratamento e melhora o seu funcionamento, a sua abordagem sem dúvida foi eficaz.

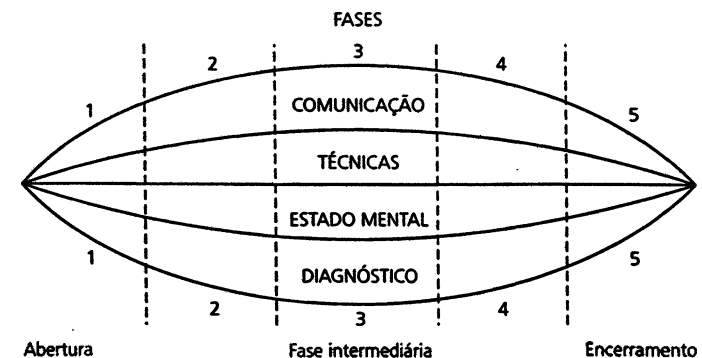


Figura 1.1 As cinco fases da entrevista padrão.

CAPÍTULO DOIS

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

1. Colocar o paciente e a si mesmo à vontade
Reconhecer os sinais
Responder aos sinais
2. Identificar o sofrimento — demonstrar compaixão
Avaliar o sofrimento
Responder com empatia
3. Avaliar a capacidade de *insight* — tornar-se um aliado
Níveis de *insight*
Discriminar a parte doente do paciente
Estabelecer os objetivos terapêuticos
4. Demonstrar competência
Colocar a doença em perspectiva
Demonstrar conhecimento
Lidar com as dúvidas
Inspirar esperança
5. Estabelecer a liderança
6. Equilibrar os papéis
Os papéis do entrevistador
O ouvinte empático
O especialista
A autoridade
Os papéis do paciente
O portador de uma doença
O sofredor
O "VIP"
Interação entre papéis
Dependência da liderança do entrevistador

RESUMO

O primeiro componente da consulta, estabelecer a comunicação, é dividido em seis estratégias: 1) colocar o paciente e a si mesmo à vontade, 2) identificar o seu sofrimento e expressar compaixão, 3) avaliar a capacidade de *insight* e tornar-se um aliado, 4) demonstrar conhecimento especializado, 5) estabelecer a liderança como terapeuta e 6) equilibrar os papéis na situação terapêutica.

▲▲▲▲▲

30 ... Um certo homem ia de Jerusalém para Jericó e foi apanhado por ladrões, que lhe roubaram as roupas e o feriram; e então partiram, deixando-o quase morto.

31 E, por acaso, passava por ali um certo padre: e quando este o viu, ignorou-o, passando ao largo.

32 E, da mesma forma, um levita que passava pela praça veio até ele, olhou-o e foi adiante para o outro lado.

33 Mas um certo Samaritano, na sua jornada, chegou até onde ele estava: e, quando o viu, sentiu *compaixão* por ele.

34 E foi até ele e tratou das suas feridas com óleo, vinho e ataduras, e colocou-o na sua mula, trazendo-o para uma estalagem; e cuidou dele.

35 E, no dia seguinte, quando partiu, pegou dois dinheiros e entregou-os ao estalajadeiro, dizendo-lhe: Toma conta dele; e se gastares mais, quando eu voltar, eu te restituirei ...

37 ... E então Jesus disse ... Vai e faz da mesma forma.

A Bíblia Sagrada, Versão do Rei James
Lucas, 10:30-37

▼▼▼▼▼

1. COLOCAR O PACIENTE E A SI MESMO À VONTADE

Na primeira consulta psiquiátrica, o mais comum é que o paciente se apresente descrente, apreensivo e ansioso. Ele já superou a resistência ligada ao estigma de buscar um profissional da área da saúde mental, mas este tabu a respeito dos problemas psiquiátricos e psicológicos ainda subsiste e o perturba. Ele se sente inseguro quanto à pessoa que vai se encarregar dessas questões; não sabe o que esperar. Raramente expressa estas preocupações que precedem a primeira entrevista:

"Será que ele vai me ouvir?"

"Será que vai compreender o que eu realmente estou lhe contando?"

"Será que vai ser afetuoso comigo?"

"Será que vai me respeitar ou me ridicularizar?"

"Será que é capaz de me ajudar?"

"Será que poderei confiar nele o bastante para seguir o seu conselho?"

É responsabilidade do terapeuta transmitir ao paciente que percebe essas dúvidas, que está do lado dele, respeitando as suas dúvidas e tentando ajudá-lo — então ele pode ouvir internamente um sinal "livre" e você pode, cuidadosamente, iniciar o processo de comunicação. No entanto, se você ignorar os seus temores e expectativas, o que prevalecerá serão a reserva e a frustração.

De que forma você pode colocar-se à vontade? O paciente imediatamente percebe a sua ansiedade e dificuldade para se controlar. Lembre-se de que ele é um outro ser humano e geralmente deseja intensamente ser compreendido. Iniciar a avaliação com um interlúdio de uma conversa leve ajuda você e o paciente a se acalmarem e a superarem qualquer constrangimento inicial. O seu primeiro objetivo é simplesmente conseguir uma primeira impressão a respeito do paciente e iniciar a comunicação, e não chegar a um diagnóstico imediato. Permita-se agir com naturalidade e desembaraço na entrevista, tendo paciência consigo mesmo e tolerando a própria ansiedade.

Quando o paciente chega, é melhor colocá-lo à vontade, solicitando informações básicas (ver Capítulo 4, Seção 2: Conversação). Em primeiro lugar, você se apresenta e pergunta ao paciente o nome e a pronúncia correta do mesmo. Descubra se ele prefere o tratamento "senhor" ou "você", e se prefere ser tratado pelo nome ou sobrenome. Alguns terapeutas recomendam o estilo mais formal, no sentido de demonstrar respeito. Eles sustentam que, já que o paciente se dirige a você como doutor, você deveria retribuir o tratamento respeitoso. Para muitos pacientes isso pode soar estranho, constrangedor, estabelecendo uma distância e aumentando a ansiedade. É verdade que alguns pacientes se sentem forçados a lhe oferecer uma intimidade, quando, na verdade, prefeririam um tratamento mais formal. Não há como se ter certeza

disso no início. Perguntando ao paciente, você deixa claro que não toma decisões por ele, e que leva em conta os seus desejos. As várias vinhetas clínicas que se seguem utilizam o tratamento mais formal ou o mais íntimo, de acordo com os desejos do paciente. Com pacientes que parecem muito dependentes, angustiados ou com pacientes psicóticos, você pode deixar essa questão de lado.

Com a maioria dos pacientes, será necessário iniciar com uma conversa sobre amenidades. Você pode perguntar como ele soube de você e como conseguiu chegar até o consultório. Hemingway é provavelmente quem descreve esta situação da melhor forma: conhecer o dialeto de uma pessoa. Se isso falhar, tente envolvê-lo em uma conversa sobre a sua região de origem, onde ele passou a infância e qualquer conhecimento que você tenha dos lugares e ocupações que lhe sejam familiares, estabelecendo, assim, um terreno comum.

Durante esse interlúdio, observe se, de fato, ele se acalma, como é esperado, ou se fica mais tenso. Alguns pacientes com transtorno de ansiedade, por exemplo, podem querer chegar diretamente ao núcleo da questão, isto é, os seus problemas; alguns pacientes obsessivos podem pensar que estão perdendo tempo, isto é, dinheiro, com esses rodeios.

Como saber o que fazer e quando? Pela leitura dos sinais do paciente — o seu comportamento não-verbal: a voz e o modo de expressão.

Reconhecer os sinais

No momento em que conhece um paciente novo, o seu estado mental pode estar expresso por meio de sinais. Sinal é a linguagem não-verbal do rosto, do corpo e da voz, que costumam ser difíceis de controlar. Eles podem informá-lo, sem ser por meio das palavras, a respeito dos sentimentos do paciente. Esses sinais podem ser utilizados no momento da entrevista, no sentido de poder situar-se, colocá-lo mais à vontade e reassigurá-lo de que ele acertou em vir procurá-lo. Inicie a comunicação pela leitura desses sinais. Eles são de natureza diversa:

1. territorial (locomotor)
2. comportamental (psicomotor)
3. emocional (expressivo)
4. verbal (voz e modo de se expressar)

Quando o paciente entra no consultório, observe como ele se movimenta para dentro desse novo território. Se é tímido, evitará chegar perto de você. Esquiva-se do aperto de mão. Escolhe uma cadeira próxima à porta. A sua escrivaninha torna-se uma barreira física e emocional.

O paciente intrusivo, ao contrário, chega perto demais. Ele pode expô-lo à sua respiração, sua saliva, à voz alta ou ao contato das suas mãos.

O comportamento psicomotor estará de acordo com o seu comportamento locomotor. Quando é tímido, olha para o próprio colo, evitando o contato do olhar. Quando é intrusivo, pode brincar com os seus lápis, modificar a posição dos móveis, ligar o computador ou colocar os pés em cima da escrivaninha.

Os sinais emocionais do paciente se manifestam por meio da postura, dos gestos, da expressão facial, do contato pelo olhar e do tom de sua voz. Ele pode adentrar-se na sala com a postura ereta, queixo levantado, cheio de energia ou encurvado e lento. Pode sorrir ou parecer tenso, evitando os seus olhos. A sua voz pode ser tremulante ou vociferante. Pode haver lágrimas.

O paciente dá sinais verbais do seu estado mental por meio da escolha das palavras. Procure captar o vocabulário, especialmente as metáforas. Isso será útil quando você for lhe transmitir a compreensão dos problemas dele, que serão sempre únicos. Isso também ajuda a entender o modo como pensa e vivencia o seu mundo.

O paciente pode representar os problemas sob uma forma visual, cinestésica, auditiva ou mais abstrata. Eis aqui alguns exemplos:

Visual:

"Não há luz no fim do túnel."

"Tudo aqui é sombrio."

"Nada do que reluz é ouro."

"Não consigo ver uma saída."

Cinestésica:

"Eu me sinto numa armadilha."

"Eu me sinto contra a parede."

"Como se a minha cabeça estivesse morta."

"Sinto-me paralisado."

"Eu me sinto sufocado."

"Tudo está se fechando."

"É como andar na areia movediça."

Auditiva:

"Há um zumbido constante na minha cabeça."

"Tudo soa distante."

"Eu tenho vontade de gritar."

Abstrata:

"Sinto-me deprimido."

"Incapaz de me concentrar."

"Com o pensamento confuso."

"Com menos energia do que habitualmente."

"Sem iniciativa."

"Ansioso."

"Hipomaniaco."

"Sentindo-me culpado."

Quando um paciente utiliza uma linguagem visual, cinestésica, auditiva ou abstrata, não deixe de captar isso desde o início. Se ele diz, por exemplo:

"Não há luz no fim do túnel."

Pergunte-lhe:

"Desde quando tudo pareceu ficar tão sombrio?"

Tente dar continuidade à sua metáfora (Cameron-Bandler, 1978; Bandler e Grinder, 1979).

Todos esses esforços se somam no sentido de ajudar o paciente a sentir-se reconfortado pela sua presença. Descodificar os sinais e auxiliá-lo a expressar o seu estado de espírito pode ser percebido como um grande alívio para o paciente. Ele se sente compreendido e você conseguiu o objetivo de estabelecer uma sensação inicial de comunicação.

Responder aos sinais

Os quatro tipos de sinal — territorial, comportamental, emocional e verbal — se impõem sem demora. Isso dará, de imediato, uma impressão sobre o paciente. Ele pode estar tenso, ansioso, agressivo, arrogante, exaltado, deprimido ou descontraindo. Existem diferentes maneiras de responder a estes sinais.

Nos estágios iniciais da entrevista, você pode desejar simplesmente observar esses sinais. Pode decidir dar espaço e tempo ao paciente — para que ele possa se expressar melhor e relaxar. Mas estes sinais serão continuamente monitorados. Eles são parte do estado mental do paciente e lhe fornecem indícios para o diagnóstico.

Em alguns casos, pode ser desejável alertá-lo a respeito desses sinais. Se dirigir a atenção do paciente para eles, discutir com ele o significado dos mesmos, então poderá utilizá-los como um indício para chegar ao diagnóstico.

Em muitos casos, é melhor responder de maneira gentil, refletindo ou não sobre isso. Esta resposta costuma ser eficaz. Por exemplo, você pode responder em termos territoriais a sinais territoriais. Se o seu paciente o evita, permaneça de pé, movendo-se lentamente em sua direção. Demonstre preocupação pelo seu bem-estar, com gestos que o atraíam. Com um paciente ansioso, que veio acompanhado por alguém da família, você pode convidá-lo a acompanhá-lo na consulta. Se ele é intrusivo, você pode restabelecer a distância. A resposta à intrusão no seu espaço territorial pode determinar que você ainda tem a situação sob controle. Faça um gesto detendo o seu avanço e prossiga verbalmente.

"Por que você não senta aí? Assim, poderemos conversar mais confortavelmente."

Embora nem todas as situações de consulta necessitem de um delineamento de fronteiras estrito, a sua ausência pode criar vários problemas, como mostra o próximo exemplo.

O dr. L. é um psiquiatra de 40 anos, de baixa estatura e que aparenta menos do que a sua idade real. Embora bem-treinado em seu campo, o seu estilo interpessoal é tímido. Ele permite que os pacientes fiquem de pé próximos a ele e que coloquem a mão em seus ombros. Ele responde encurvando-se, estremecendo e recuando. Por meio do seus sinais não-verbais, demonstra aos pacientes que estes o colocam em uma posição incômoda e que podem invadir o seu espaço pessoal. O desrespeito que daí resulta é nocivo para a comunicação com alguns pacientes. Outros, que compartilham de uma sensação semelhante quanto às fronteiras interpessoais, podem responder muito bem a essa abordagem e achar muito reconfortante esse estilo em que a confrontação não predomina.

Você pode responder aos sinais emocionais balançando a cabeça ou erguendo as sobrancelhas; sorrindo ou olhando a distância; levantando ou baixando a voz.

Hopkinson e cols. (1981) não encontraram nenhuma correlação significativa entre a frequência de respostas não-verbais, por parte do entrevistador, tais como sacudir a cabeça, e a quantidade de resposta emocional expressa pelas mãos entrevistadas. Contudo, Jeller e cols. (1966) e Siegman e Pope (1972) contradizem esse achado. A falta de resposta emocional ou uma resposta demasiadamente intensa por parte do entrevistador podem inibir o paciente, enquanto uma expressão moderada facilita a sua expressão emocional. Parece ser útil, no sentido de se obter uma resposta emocional por parte do paciente, captar um sinal e conversar sobre isto, confrontando-o e investigando a sua origem. Em sessões de 30 minutos, os entrevistadores que captaram os sinais emocionais dos seus pacientes desencadearam três auto-revelações ou mais, em um grupo de oito dentre nove pacientes examinados. Os entrevistadores que ignoraram os sinais emocionais de seus pacientes desencadearam três auto-revelações em somente seis dentre 27 casos.

Um exemplo ilustra como a resposta a um sinal emocional (e não-verbal) aprofundou a comunicação.

Estagiário: O que é que eu posso fazer por você?

P: Eu estou tão brabo e tão louco! Esses dois anos foram muito ruins. O que aquela gente fez comigo na Carolina do Norte! (olha para longe, morde o lábio e cerra os punhos) Eles me tiraram o direito de ver os meus filhos. Eu estou furioso e deprimido com isto.

O paciente dá dois tipos de sinal, um emocional (olha para longe, morde o lábio e cerra os punhos) e outro verbal ("Estou furioso e deprimido"). O estagiário responde à palavra "deprimido".

Estagiário: Você disse que está deprimido. Isso afetou o seu sono?

P: Sim. (dá um chute com a perna que estava cruzada sobre a outra)

Estagiário: E o seu apetite?

P: O que é que tem?

Estagiário: Foi afetado?

P: Não. (olha para longe)

O supervisor interrompe. Ele se concentra na desconfiança e na raiva que o paciente expressou por meio da linguagem corporal:

M: (levanta a mão, se move para a frente na sua cadeira) Desculpe, mas você disse que foi privado do direito de ver os seus filhos?

P: Sim, é isso aí, foi isto que eles fizeram.

M: (ergue as sobrancelhas)

P: O juiz e o advogado lá naquela cidade de prostitutas... Eu sei que o senhor sabe que os juizes e os advogados em um lugar assim são vigaristas. Só lidam com prostitutas, drogas ilegais, bêbados. É tudo um grande esquema.

M: Hmm... (sacode a cabeça em sinal de desaprovação)

P: No meu divórcio, essa gente só deu ouvidos à minha mulher. Eu não pude ir até lá porque estava doente, e a minha mulher pagou um bom dinheiro para eles. Assim, negociaram tudo de um jeito que não foi bom para mim.

M: De que maneira nós poderemos ajudá-lo?

P: Eu estou tão louco de raiva que tenho medo que alguém acabe machucado se eu não receber ajuda.

O supervisor explorou o que o paciente tinha expressado por meio da sua linguagem corporal, mais do que aquilo expresso em palavras. Esses sinais o levaram às idéias de perseguição do paciente, o núcleo da sua patologia.

Como havíamos sugerido anteriormente, pode-se responder metaforicamente a uma metáfora. Utilize inicialmente os termos do paciente, em vez da terminologia psicológica ou psiquiátrica. Por exemplo, quando ele fala a respeito dos seus "acessos", continue usando esta palavra. Isto dá a ele a sensação de que está sendo compreendido. Então peça-lhe para descrever o que ele entende por "acesso", para que você possa entender do que é que ele está falando (ver Capítulo 4, Seção 3: Exame do paciente). (Para alguns pacientes de cultura hispânica, "acesso" pode ter uma conotação religiosa e deve ser considerado à luz do seu significado cultural".)

*N. de R.: A palavra empregada no original, *spell*, significa acesso, ataque, mas também feitiço, encantamento.

Mais adiante, se for o caso, podem ser introduzidos os termos técnicos, como convulsão, ataque de pânico, ataque de catalepsia, alucinação hipnagógica, síndrome da perna inquieta, ou episódio de hiperventilação, para reassigurá-lo de que você é um especialista para entender os problemas dele.

O próximo trecho de uma entrevista, registrado em um ambulatório rural para doenças mentais, mostra como o psiquiatra principiante deixou de estabelecer contato e aproveitar o uso da linguagem do seu paciente.

Sr. Huber, um fazendeiro de 58 anos, vestido todo em azul, encosta-se na cadeira, com as pernas abertas. O seu rosto é crestado de sol, com rugas em volta dos olhos de tanto apertá-los.

P: Eu não sei o que está acontecendo, minha cabeça não anda funcionando bem!

Estagiário: Como o senhor poderia comparar o seu nível de funcionamento mental de agora com o de antes do início desses problemas?

P: O que o senhor quer dizer?

Estagiário: Eu certamente me refiro à sua capacidade de concentração, memória e pensamento agora, em comparação ao que era antes de o senhor ficar doente?

P: O senhor quer dizer que eu penso diferente agora?

Estagiário: Sim, isso é uma parte da questão, porém não somente pensando, mas também na capacidade de memorizar e de se concentrar.

P: Bem, eu penso muito em perder a minha fazenda e em por que o meu filho não pode assumir-la.

Estagiário: Não é a isto que eu me refiro. O que eu quero saber é se, com o pensamento mais lento hoje em dia, precisa fazer mais esforço para expressar os seus pensamentos?

P: O senhor quer dizer que eu estou louco ou alguma coisa parecida?

O estagiário usa uma linguagem incompreensível para o paciente, entrevistando-o como se ele fosse formado em psicologia. O supervisor deu continuidade à entrevista assim:

M: Você disse que sua cabeça não anda funcionando bem.

P: É isso aí.

M: Será que você poderia me dar um exemplo?

P: Sim, eu às vezes fico parado, olhando fixamente para longe. Não sei o que fazer a seguir.

M: Como assim?

P: Bem, eu simplesmente não consigo me lembrar do que eu queria fazer.

- M: Quer dizer que simplesmente não lhe ocorre nada?
 P: Sim, é isso aí.
 M: Isso quer dizer que os seus pensamentos simplesmente não surgem na sua mente como costumava acontecer?
 P: Certo. Está tudo simplesmente em branco aí (ele aponta em direção à cabeça).

Diferentemente do estagiário, o supervisor se adapta à linguagem do paciente. O paciente se sente compreendido e responde mais livremente. O entrevistador obtém a informação que está buscando.

Se você estiver tenso, ansioso ou nervoso, torna-se difícil reconhecer e responder aos sinais do paciente. A ansiedade atrapalha os esforços no sentido de se estabelecer uma comunicação genuína. Se não conseguir contribuir com as perguntas corretas, os detalhes mais sutis do estado mental lhe passam despercebidos ou não são valorizados, ou perde o contato com o paciente, porque está com a atenção focada em si mesmo. A técnica mais eficaz para ajudá-lo a superar o sentimento de insegurança e a preocupação consigo mesmo é mudar o foco da atenção para o sofrimento do paciente. Caso perceba que está tenso, permita-se ouvir o paciente, deixando de se exigir encontrar a pergunta "certa". Uma vez voltando ao fluxo das experiências do paciente, poderá retomar um estilo mais diretivo de entrevista.

2. IDENTIFICAR O SOFRIMENTO — DEMONSTRAR COMPAIXÃO

Depois de responder aos sinais do paciente e colocá-lo à vontade, procure descobrir qual o seu sofrimento. "Dai-me um ponto de apoio e eu moverei o mundo", teria dito Arquimedes (287 a 212 a.C.). Esse matemático e cientista grego utilizou uma ilustração para demonstrar para Hieron II (rei de Siracusa, na Sicília) de que forma um peso muito grande poderia ser movimentado por uma força muito pequena, desde que houvesse, a uma certa distância, um ponto de apoio sobre o qual aplicar uma alavanca. Na consulta psiquiátrica, o ponto a partir do qual podem ser liberadas as emoções do paciente é o seu sofrimento.

Habitualmente, existem dois aspectos nos problemas do paciente: os fatos e as emoções associadas. Os fatos podem ser sintomas, tais como a perda de apetite, acordar cedo demais, falta de ar, dor abdominal incompreensível do ponto de vista clínico; podem ser também acontecimentos que provocam estresse: a perda de um filho, problemas conjugais, a perda do emprego, uma transferência ou mudança, ou ainda problemas de adaptação que já se tornaram crônicos. As emoções são os

sentimentos que esses fatos desencadeiam no paciente e o fazem sofrer. Ele pode esconder esse aspecto de si mesmo, por medo de cair em uma situação embaraçosa ou vergonhosa. Você aprofunda a comunicação se consegue não somente obter os fatos, mas também o sofrimento que os acompanha.

Avaliar o sofrimento

Para avaliar de que modo o paciente está sofrendo, você pode tentar perguntas como as que se seguem:

- "O que é que o está incomodando?"
 "Que dificuldades está atravessando na vida?"

Quando o paciente descreve seus problemas, costumam ser denominados *queixa principal*, ajude-o a colocar em palavras o que sente:

- "O que você sentiu com isso?"

deixando claro, dessa forma, que está interessado nas emoções dele e quer saber mais a respeito da sua angústia. Na fase inicial da consulta, é mais importante deixá-lo expor a angústia do que listar os seus sintomas. Oferecendo ao paciente a oportunidade de falar livremente sobre o seu sofrimento e trazendo o afeto à consciência, conseguimos atingir dois objetivos: 1) avaliar e julgar o afeto e o humor do paciente e detectar a sua qualidade subjacente, como depressão, ansiedade ou raiva; 2) demonstrar ao paciente o interesse do terapeuta pelos seus sentimentos, o que os aproxima e aprofunda a sua comunicação.

Responder com empatia

Quando o paciente lhe revelar sentimentos, diga-lhe que o compreende. Mostre empatia. Expresse seu sentimento de compaixão. A pesquisa corrobora esta intuição clínica. Dentre 19 critérios utilizados para a escolha de um médico, 205 adultos listaram a empatia como o segundo critério mais importante ("parece interessado no meu problema pessoal"), somente antecedido pela competência e autoridade profissional (Hill, 1991). Nesse grupo, as mulheres em especial pareciam apreciar uma atitude pessoal e empática. Mais do que os homens, elas valorizavam que o médico não fosse "abusado, agressivo ou rude, duro... trata-me de uma maneira pessoal, e me coloca à vontade conversando um pouco" (Hill, 1991). Portanto, a empatia e a compaixão são os mais importantes facilitadores da comunicação.

Uma paciente, por exemplo, conta-lhe que, desde que seu marido voltou a estudar, ela tem tido dificuldade em dar conta dos gastos no final do mês, forçando-os a fazer um empréstimo. A paciente vai se tornando cada vez mais tensa e braba, na medida em que fala, com os punhos cer-

rados e literalmente cuspiando as palavras. Antes de enfocar o conteúdo do seu discurso, expresse empatia pelo seu sofrimento: "Você parecia muito braba enquanto falava a respeito disso. Você deve estar farta dessa situação de carregar todo o fardo sozinha". Tente ser genuíno, espontâneo e preciso em sua resposta ao afeto da paciente:

- "Você deve sentir-se muito mal."
 "Deve sentir-se exaurida."
 "Posso perceber o quanto isso a perturbou."
 "Isso deve tê-la feito se sentir abandonada."

O entrevistador deve expressar empatia, se deseja que o paciente lhe confie seus sentimentos. Hoppkinson e cols. (1981) constataram que o estagiário expressa sua empatia em apenas 4% de todas as perguntas ou comentários. No entanto, a qualidade, o senso de oportunidade e o contexto de um comentário são pelo menos tão importantes quanto a quantidade. Até 51% das declarações de empatia feitas pelo entrevistador desencadeavam respostas de cunho emocional por parte do paciente. Esse número crescia para 62%, quando o entrevistador expressava suas emoções antes de fazer a afirmação de cunho empático, comparativamente a 36%, nos casos em que não demonstrava seus sentimentos. Essa interação combinada é eficaz, ainda que rara. Foi utilizada em apenas 1,5% de todas as perguntas ou comentários.

Para alguns terapeutas, é difícil sentir empatia. De fato, alguns pacientes difíceis são capazes de pôr à prova até mesmo o entrevistador mais empático. Se você tem uma dificuldade crônica com a empatia, não tente expressá-la. Uma atenção focalizada e perguntas apropriadas demonstram o interesse no paciente melhor do que uma falsa manifestação de empatia. Os pacientes se incomodam com maneirismos do tipo:

- M: Eu ouvi que você se sentia apreensivo quanto a vir aqui.
 P: Você ouviu certo, droga, é isso que eu quis dizer.
 ou
 M: Parece-me que você estava bastante chateado quando você...
 P: (em tom sarcástico) Isso é o que lhe parece?... Doutor, o senhor está somente brincando de terapeuta — eu conheço esse discurso — já estive em psicólogos demais.

Se você expressar empatia e o paciente se afastar, verifique se foi genuíno. Realmente compreendeu o sofrimento dele? Realmente se sentiu empático? Comunicou o sentimento de empatia por meio de uma linguagem e de uma maneira claras para o paciente?

É possível desenvolver um estilo genuinamente empático de entrevista, centrado no paciente, que chega a

tornar-se uma espécie de segunda natureza. Uma maneira de consegui-lo é recapitular as entrevistas com pacientes difíceis. Tome notas dos momentos em que a atitude do paciente mudou e analise o que teria provocado isso. Ao formular as suas questões, usou o seu vocabulário? Estava claramente ciente do quanto os problemas do paciente o afetavam? Fez um esforço no sentido de investigar esses sentimentos? Conseguiu sintetizar com as emoções do paciente ao expressar empatia e compreensão (Rogers, 1951; Corsini, 1984; Dobson, 1988)? Será que esteve sempre atento e capaz de responder às mudanças de atitude do paciente?

Se deseja melhorar a comunicação com os pacientes, preste atenção a sua capacidade de sentir empatia e comunicar uma preocupação genuína.

3. AVALIAR A CAPACIDADE DE INSIGHT — TORNAR-SE UM ALIADO

Uma vez tendo expressado empatia, comece a tentar compreender o ponto de vista do paciente a respeito do seu próprio problema, isto é, o *insight*. Isso permite compartilhar com ele não somente a atitude emocional mas também a atitude cognitiva em relação aos problemas dele.

Por que esta avaliação é necessária? Porque é importante utilizar o *insight* do seu paciente de duas maneiras: 1) Quando o entrevistado, você encara o problema do ponto de vista dele; e 2) Você utiliza a distância entre o grau de *insight* dele e o *insight* pleno como uma medida para o teste de realidade. Uma parte das metas terapêuticas é, corrigir qualquer distorção e ajudar a conseguir um *insight* pleno.

Se o nível de *insight* do paciente for mal avaliado, a comunicação vai deteriorar-se rapidamente. Por exemplo, se o paciente que se sente sob controle é tratado como se fosse um computador ou um doido, ele vai sentir-se insultado, uma vez que tem certeza de que suas crenças são verdadeiras. Ou, se partir do pressuposto de que o paciente tem clareza de que abusa de álcool ou de drogas, poderá descobrir rapidamente que ele perdeu totalmente o interesse em seguir conversando.

Níveis de insight

Existem três níveis de *insight*: pleno, parcial ou inexistente.

Pleno insight

O paciente que descreve seus sintomas psiquiátricos como resultado de uma doença demonstra um pleno *insight*. Por exemplo, o paciente com ataques de pânico, e que os reconhece como parte de uma doença, tem um

insight pleno. Ou aquele com evitação fóbica ou preocupações obsessivo-compulsivas que se pergunta se os outros não consideram esse comportamento como sintoma de uma doença, pode-se afirmar que tem pleno *insight*. (Tais pacientes foram denominados "neuróticos" no DSM — II [American Psychiatric Association, 1968].)

Habitualmente a comunicação se estabelece com o paciente que tem pleno *insight*. Ele fala livremente a respeito dos sintomas, pois os reconhece como egodistônicos, como sendo parte de uma doença e não como parte do seu eu normal. Entretanto, poderá esconder informações embaraçosas, como tentativas de suicídio ou violações da lei. Esses pacientes são encontrados em ambulatórios de saúde mental, como pacientes de psicólogos ou dos demais profissionais desta área.

Insight parcial

Já os pacientes com esquizofrenia, doença bipolar ou depressão maior muitas vezes não têm consciência de que estão doentes; da mesma forma também os dependentes químicos negam o impacto da doença em si mesmos ou no seu ambiente. Já que existe esta disparidade quanto ao nível de *insight*, deve ser avaliada a capacidade do indivíduo para compreender que está doente.

Também se observa um *insight* parcial em um paciente que reconhece que há algo de errado, porém responsabiliza as circunstâncias externas, como demonstra o seguinte exemplo:

Rosa, uma mulher branca, solteira, de 32 anos, que mora em um bairro antigo em uma cidade industrial, aprendeu a utilizar a terminologia psiquiátrica para o seu problema, sem, no entanto, aceitá-lo como doença. Sua mãe a trouxe para a sala de emergência.

- P: Eu estou me sentindo paranóide novamente.
 M: O que é que você quer dizer com isso?
 P: Bem, que os meus vizinhos estão me espionando novamente.
 M: Por que você chama isso de paranóide?
 P: O meu outro médico me disse isso.
 M: E então, o que é que você acha que nós deveríamos fazer a respeito?
 P: Eu acho que, mais uma vez, eu preciso de umas injeções de Haldol.
 M: O que é que esta medicação faz por você? Como é que esta medicação lhe ajuda?
 P: A paranóia não me incomoda tanto.
 M: O que você acredita que os vizinhos estão realmente fazendo?
 P: Um deles vem à noite na direção da minha casa e escuta na janela do meu quarto. Um outro disse para a polícia grampear o meu telefone.

M: Você realmente acredita que eles estejam fazendo isso?

P: É óbvio, o que é que você pensa? Eu me sinto realmente paranóica com isso.

Essa paciente entende que seu médico a considera doente e necessitada de um tratamento farmacológico. Apesar do desejo de cooperar com o tratamento e não dar queixa dos vizinhos à polícia, as suas próprias crenças não haviam sido abaladas. Pode-se conseguir explicitar os sintomas de Rosa sempre que ela não seja pressionada em demasia a aceitá-los como indicadores de doença mental. Rosa sabe que está sofrendo e espera que a medicação a auxilie, ainda que não chegue a conceber que a fonte do seu sofrimento seja uma doença.

A sua percepção do nível de *insight* do paciente é importante para a comunicação, já que ela determinará a formulação das perguntas ao longo da entrevista. Por exemplo, quando pergunta pela história familiar, seria um erro interrogar alguém com *insight* parcial:

"Alguém mais na sua família acredita nessas mesmas coisas ou é tão desconfiado quanto você?"

Em vez disso, recoloque a pergunta como se não estivesse relacionada ao problema do paciente; por exemplo:

"Há qualquer tipo de doença ou qualquer problema psiquiátrico na sua família?" ou

"Alguns membros da sua família também foram incomodados pelos vizinhos?"

Quando discutir o tratamento, comece por enfatizar que a medicação tornará o paciente menos sensível às atividades de seus vizinhos; não que ela pode livrá-lo da suspeição delirante.

Insight inexistente

Um paciente sem *insight* apresenta uma negação total de que sofre de qualquer doença, ou até mesmo de que experimente qualquer tipo de sofrimento. Alguns traços característicos indicam o caminho a percorrer. O paciente vem acompanhado por alguém que pede insistentemente que ele receba tratamento com urgência; a resposta à sua pergunta inicial mostra adesão passiva, resistência furiosa ou mutismo: ele não admite nenhum problema psicossocial ou doença psiquiátrica e sua queixa principal costuma ser feita sem um sentimento de compromisso.

"A minha mulher me mandou vir."
 "Eu não sei por que estou aqui."

É preciso encontrar um modo de motivar o paciente a ser entrevistado. A maneira de fazê-lo será descobrir a

alavanca de que se serviu a pessoa que o trouxe. Essa pessoa pode ser uma fonte para a determinação do ponto de vista do paciente quanto ao seu comportamento. Por exemplo, ele pode acreditar que as vozes do rádio lhe ordenam que cometa certos atos; sabendo disso, pode ser perguntado ao paciente, de uma forma direta, como são essas vozes.

Ricardo é um homem negro de 37 anos, que trabalha na fazenda de seu pai; sofre de idéias delirantes e alucinações recorrentes: "Os homens do espaço estão vindo à noite; eles atiram flechas e eu me acordo com uma dor de cabeça de arrebentar. Chamem o FBI, eu quero fazer uma denúncia!"

O paciente reconhece os extraterrestres como perturbadores — mas não como sintoma de uma doença. Para dar início à comunicação com esse paciente, considere os extraterrestres como sendo a realidade dele e escolha as palavras de acordo. Não imite este estudante de psicologia:

- E: Verdade? Você tem tido essas alucinações há muito tempo?
 P: O que é que você quer dizer? Eu não sei do que você está falando.
 E: Eu me refiro às alucinações dos extraterrestres?
 P: Eles não são imaginários, eles são reais — eu tenho dor de cabeça dos seus flechaços. O senhor acha que eu teria dor de cabeça se fossem imaginários?
 E: Bem... às vezes nossas mentes nos pregam peças.
 P: Talvez a sua mente preguje peças no senhor. Melhor eu ir andando.

O supervisor interrompe.

- M: Espere um instante.
 P: (irritado) Por quê? Eu também não quero falar com o senhor.
 M: Eu percebo que o senhor se incomodou de nós não o termos compreendido...
 P: Sim, vocês são como o meu irmão. Ele disse que eu sou louco.
 M: Ele provavelmente não viu os extraterrestres e tem dificuldade em entender o que está acontecendo. Diga-me há quanto tempo esses extraterrestres o incomodam?
 P: Isso começou de novo quatro semanas atrás.
 M: Existe alguma outra coisa acontecendo?
 P: Bem, eu tenho uma dor de cabeça de rachar pela manhã.
 M: Os extraterrestres o perturbam durante o dia?
 P: Não, de fato, não.
 M: Eles o perseguem de alguma maneira?
 P: Eu não sei. Eles simplesmente parecem vir à noite.

M: Eles têm qualquer tipo de domínio sobre o senhor?
 P: Não, eles simplesmente me incomodam.

M: O senhor pode ouvi-los? Eles falam sobre o senhor?

P: Bem, de vez em quando, à noite, eu ouço um murmúrio que vem do condicionador de ar. Eles dizem: "Está vindo, ele está lá, vê, lá está ele e nós vamos pegá-lo."

Alguns pacientes que não têm *insight* se recusam a ser entrevistados. Se conseguir identificar o ponto de vista do paciente sobre a doença (que pode às vezes ser propiciado pelas pessoas que o acompanharam ao hospital ou ao seu consultório), você pode, ao menos, aproximar-se do paciente nos seus próprios termos. Por exemplo, após ter se apresentado, diga ao acompanhante do paciente:

- M: Estou contente de que o senhor esteja acompanhando o sr. Combs ao meu consultório. Ele me disse que o senhor acha que ele deveria consultar um psiquiatra. O sr. Combs não sabe exatamente por quê. Talvez o senhor possa me ajudar.
 A: Eu sou vizinho do Jorge há 20 anos. E, durante esse período, ele se preocupou com o carteiro em duas ocasiões.
 M: Quais eram as preocupações dele?
 A: Bem, ele achava que o carteiro não era o carteiro verdadeiro, mas sim um espião que estaria no lugar do outro. Assim, quando ontem eu recebi aquela carta registrada, Jorge apareceu com uma arma para me proteger do carteiro.
 P: Cale-se!, Tom, não é isso que o doutor quer saber. Ele não quer saber daquele espião que vive nos observando. Ele quer saber por que eu estou aqui!
 M: Momentinho, sr. Combs! Talvez o seu vizinho tenha um outro ponto de vista! Parece que o senhor estava muito incomodado a respeito daquele carteiro, se o senhor sentiu que precisava usar uma arma. Talvez eu possa lhe dar algo que o ajude a manter a calma. Talvez devêssemos tirá-lo dessa situação por uns dias, de modo que o senhor possa se sentir em segurança e pôr as coisas em ordem.
 P: O senhor acha que aquele sujeito é tão perigoso assim?
 M: Bem, você deve pensar que sim, se precisa utilizar uma arma para se proteger. Eu realmente respeito os seus sentimentos e a sua ansiedade e farei o melhor que puder para que se sinta em segurança novamente.
 P: O senhor é a primeira pessoa que me leva a sério. Até Tom acha que eu sou doido.

Fale repetidamente ao paciente a partir do ponto de vista dele e expresse empatia em relação ao que ele está passando. Da mesma forma que no exemplo anterior, o

doente pode muitas vezes se abrir, quando sente que você quer ajudá-lo.

Discriminar a parte doente do paciente

Tendo identificado o que o paciente considera doente em si mesmo, apele para o que permanece intacto e saudável na sua capacidade de observação e ofereça ajuda para o problema. Comunique que está ao lado dele na batalha contra a sua dor. Assim se cria uma divisão entre o observador saudável e a perturbação percebida.

A um paciente com *insight* pleno é possível explicar a natureza da doença que o atinge. Revise as opções de tratamento e a sua implementação. *Insight* pleno não significa que o paciente compreenda completamente a natureza de sua enfermidade ou as implicações das possibilidades de tratamento em potencial. Não se deve esperar que a paciente fóbica, por exemplo, seja capaz de modificar o comportamento apenas porque ela agora é capaz de compreendê-lo! Além disso, o entrevistador deve ser cauteloso e reconhecer as distorções devidas à doença. Alguém deprimido, por exemplo, pode descrever os sintomas depressivos de modo aparentemente distante e objetivo, mas a sua maneira fria de apresentar os fatos pode trair a visão árida e gelada que ele tem sobre o curso de sua doença. O passado abriga mistérios ligados a sentimentos de culpa? Será que ele espera um dia chegar a se sentir bem novamente? Ele se subestima? Não deixe de reconhecer onde a doença distorce a percepção.

Em um indivíduo com *insight* parcial é mais difícil definir o observador saudável no paciente. Por exemplo, Rosa realmente acredita que seus vizinhos a espionam. É preciso aceitar as idéias delirantes como sendo a realidade dela. Portanto, ao formular as perguntas, tome por base a percepção dela para penetrar na sua parte que quer ajuda: o sofrimento com os vizinhos.

Com Ricardo e o sr. Combs — nenhum deles tem *insight* —, o distúrbio é a tal invasão pelos extraterrestres ou pelo carteiro, respectivamente. Eles sentem-se importunados por esses perseguidores. Pode não haver um observador saudável, mas existe uma parte de Ricardo e do sr. Combs que está assustada, preocupada e ciente de seu sofrimento. É a esta parte que se deve apelar ao fazer sugestões de tratamento. Expresse a esses pacientes que você entende como deve ser terrível se ver molestado. Ofereça-lhes o hospital como fonte de segurança e a medicação como proteção, de forma a que eles não venham a ser novamente importunados.

Estabelecer os objetivos terapêuticos

Defina dois objetivos, de acordo com o *insight* do paciente: um dos quais é discutido com ele e um outro ob-

jetivo terapêutico, baseado este na natureza da doença, que você guarda para si mesmo, como um segredo profissional.

Com um indivíduo com *insight* pleno, ambas as metas se mesclam em uma só. Por exemplo, você e o seu paciente deprimido podem encarar os sintomas como expressões de uma doença tratável. Anuncie esta meta e ofereça ajuda.

Existem dois objetivos para alguém com *insight* parcial. Para Rosa, o objetivo declarado é dominar a hostilidade dos vizinhos; a sua meta terapêutica é erradicar o pensamento delirante. Esse *insight* está vedado ao paciente, que se tornaria hostil, não respondendo aos objetivos do terapeuta.

Para pacientes com *insight* parcial, um dos objetivos do tratamento é tentar trazê-lo para uma situação de pleno *insight* e evitar a recaída. Quanto a Rosa, com o tratamento, ela deve reconhecer a natureza delirante das suas crenças. Assim, o tratamento do delírio se torna o objetivo manifesto. Após a remissão, a prevenção de uma recaída surge como o objetivo expresso. Neste momento, os objetivos manifesto e terapêutico se fundiram em um só.

À medida que o delírio se desfaz, o paciente pode começar a desafiá-lo e a perguntar:

"O senhor acredita que os meus vizinhos estão realmente contra mim ou acha que eu estou louco?"

Ao responder, pergunte o que ele pensa a respeito, e diga-lhe que é mais importante que você compreenda o seu sofrimento do que se preocupar em saber o quanto os seus vizinhos realmente o atormentam. Quando o paciente atinge o estágio de *insight* pleno, ele pode comentar que você provavelmente sabia todo o tempo que as suas idéias eram absurdas. Responda à declaração com a pergunta:

"O que é que você teria dito se eu tivesse lhe falado isso há seis semanas?"

Para Ricardo e o sr. Combs (*insight* inexistente), o objetivo manifesto é tomar a medicação "para que os invasores o perturbem menos." O objetivo terapêutico é abolir os delírios.

Reafirmar a meta terapêutica na medida em que o *insight* do paciente aumenta é, muitas vezes, um processo longo e difícil. Evite confrontações e interpretações provocativas que possam ofendê-lo. Dê ao paciente tempo suficiente para elaborar os seus problemas e para que o objetivo manifesto possa se fundir com o terapêutico.

Tanto a meta manifesta quanto a meta terapêutica permanecem fúgidas se não for mostrado ao paciente que você quer ajudá-lo. Quanto mais ele distorce a realidade, isto é, quanto mais os objetivos manifesto e te-

rapêutico divergem entre si, mais é verdade que o paciente precisa de apoio. Faça com que ele sinta que é aceito "incondicionalmente", como disseram Truax e Mitchell (1971). Na sua pesquisa a respeito do terapeuta eficaz — aquele que promove a mudança é o paciente —, eles isolaram três ingredientes: empatia pelo sofrimento do paciente, autenticidade na interação médico-paciente (ver anteriormente) e uma consideração positiva e incondicional pelo paciente como pessoa. Esses ingredientes não se restringem à terapia, mas também se aplicam à entrevista psicodagnóstica, visando a criar uma aliança tanto para o objetivo imediato da entrevista dirigida à auto-revelação quanto para a meta mais remota da melhora do paciente.

4. DEMONSTRAR COMPETÊNCIA

A empatia faz muito, mas não é o suficiente. Ela mostra ao paciente que você se importa, mas não mostra nada a respeito da sua competência para cuidar dele. As pesquisas têm demonstrado que as pessoas valorizam muito a competência ao escolherem um médico. No estudo anteriormente citado, 205 adultos escolheram a competência ("parece ter conhecimento do assunto e faz perguntas pertinentes sobre o meu problema") como o seu primeiro e quinto critério para eleger um médico (Hill, 1991).

Para estabelecer a sua competência, você precisa demonstrar ao paciente que é capaz de lidar com os problemas dele. Utilize quatro técnicas para convencê-lo de que você entende sua doença:

1. Mostre-lhe que ele não é o único a ter esse problema, coloque a sua doença dentro de uma perspectiva social.
2. Comunique-lhe que você tem familiaridade com a sua doença — mostre conhecimento.
3. Aborde as dúvidas do paciente quanto à sua capacidade profissional. Ter conhecimento especializado coloca-o acima dos amigos ou parentes bem-intencionados e o distingue como profissional.
4. Estimule a esperança quanto ao futuro.

Colocar a doença em perspectiva

Enquanto o paciente descreve os seus problemas, pode ser introduzida a pergunta:

"Você já conheceu alguém com um problema como o seu?"

Ele pode contar-lhe a respeito de membros da família ou de amigos, de filmes e livros que tratam de doença

mental. Pergunte-lhe como os seus próprios problemas se encaixam nisso. Caso haja algum equívoco de interpretação, corrija-o.

Outro paciente pode afirmar nunca ter ouvido falar a respeito de um tal problema. Diga-lhe que é comum: que os problemas psiquiátricos permaneçam escondidos. Pergunte-lhe o que ele pensa sobre a sua doença. Discuta com ele quais características da sua doença são comuns e quais são específicas do seu caso particular. Enfatize que muitas pessoas sofrem de problemas semelhantes ao dele e que estão bem com o tratamento.

Um determinado paciente pode se apavorar se forem mencionados outros casos, quando você menciona outros pacientes, ao pensar que o seu caso possa ser apenas "mais um caso". Tranqüilize-o em suas preocupações e explique que os sintomas podem ser semelhantes aos de outros pacientes, mas que o modo como lida com eles é único.

Demonstrar conhecimento

Demonstre para o paciente o seu conhecimento especializado, investigando os sintomas específicos da sua doença. O paciente às vezes se surpreende com perguntas diretas a respeito de seu problema, imaginando: "Como é que o senhor sabia disso?" Então sente-se mais propenso a confiar em você e a revelar preocupações secretas, como ruminções, obsessões ou compulsões — já que você, de qualquer forma, já as conhece.

Outra maneira de demonstrar e estabelecer o seu conhecimento especializado consiste em estimular a curiosidade do paciente a respeito da psicologia e das doenças mentais, matérias das quais tenha tido notícia por meio de revistas ou da televisão. Traga para a discussão exemplos famosos de depressão, como o do presidente Lincoln, ou de personalidades da televisão (caso o paciente tenha uma formação religiosa, poderá citar também o rei Saul). Assinale como esses exemplos se relacionam a ele, paciente. Sirva-se de frases como:

"Você tem um problema sobre o qual se sabe bastante hoje em dia."

"O seu problema é comum em pessoas da meia-idade."

"Nos últimos tempos, houve progressos em problemas como o seu."

Descubra, a partir da resposta do paciente, qual o aspecto de seu problema que mais o preocupa. Responda às suas perguntas de maneira sucinta; explique a respeito da hereditariedade, das teorias sobre receptores e das formulações psicológicas ou da teoria dos sistemas. O seu conhecimento tranqüilizará o paciente intelectual, obsessivo ou instruído, para quem o sentimento de con-

fiança no terapeuta depende muito mais do seu conhecimento do que do seu desejo de ajudá-lo.

O que você faz se não souber a resposta para uma determinada pergunta? Sinta-se à vontade para admitir a sua ignorância. Diga-lhe se a resposta é conhecida, mas você não sabe, ou se não há conhecimento a respeito. Admitir os limites do seu conhecimento habitualmente aumenta a confiança do paciente em sua honestidade. A maior parte dos pacientes não espera que você seja onisciente, mas, se algum deles tiver esse tipo de expectativa, discuta com ele as suas falsas suposições.

Lidar com as dúvidas

Sempre que encontrar dúvidas quanto a sua experiência e conhecimento, tome uma decisão a respeito (ver Capítulo 3: Técnicas; compare também com Othmer e Othmer, 2002):

"O que o levou a fazer essa pergunta agora?"

"Você tem dúvidas sobre a minha capacidade de realmente compreender seus problemas?"

Seja franco, retorque com outras perguntas e até mesmo considere a possibilidade de interpretar, quando perceber uma dúvida mais profunda. Se tratar bem do paciente, ele vai considerá-lo um especialista. A maioria dos pacientes respeita quem é capaz de manejar com habilidade os seus problemas. Temos mais a dizer a esse respeito no Capítulo 3.

Inspirar esperança

Muitas vezes acontece que os pacientes psiquiátricos, antes de buscar e obter uma ajuda eficaz, já vêm sofrendo por meses ou anos com os sintomas, sinais e incapacidades. Os indivíduos que abusam do uso de drogas, por exemplo, podem ter tentado, por conta própria e sem sucesso, diminuir o consumo ou abrir mão do hábito totalmente. Os pacientes com transtorno depressivo maior têm uma visão negativa a respeito do futuro, devido à própria natureza da doença. Portanto, é essencial dirigir-se à visão do futuro e instilar neles um sentimento de esperança. Diga-lhes o que esperar, caso cooperem com a sua avaliação diagnóstica e o tratamento assim embasado. A maioria dos pacientes se sente em melhores condições com um diagnóstico e um tratamento do que sem eles, um ponto que pode ser enfatizado, sem criar falsas expectativas.

5. ESTABELECE A LIDERANÇA

Enquanto a empatia surge a partir da compaixão pelo sofrimento do paciente e a sua competência como espe-

cialista tem origem no seu conhecimento a respeito do seu problema, a liderança se origina na sua capacidade de motivar o paciente e guiá-lo. De uma lista de 15 critérios, um grupo de pacientes selecionou a liderança em terceiro e quarto lugares, depois de conhecimento especializado e empatia (Hill, 1991). Estabeleça a liderança a partir do momento em que se encontra com o paciente, ao controlar a sua interação com ele. Expresse o interesse pelo seu bem-estar. Motive-o a mudar. O maior teste da sua liderança é a aceitação, pelo paciente, das explicações dadas e pelo desejo, por parte dele, de aderir ao plano de tratamento.

Alguns entrevistadores se excedem na autoridade. Eles percebem o paciente como um subordinado que deve obedecer. Alguns indivíduos aceitam essa conduta exigente, ou até mesmo punitiva e, mais do que a sentirem como uma imposição, sentem-se guiados com firmeza. Obviamente, uma relação desse tipo estimula a dependência. Um entrevistador que parte do pressuposto de que ele sabe mais, que não deve qualquer explicação e que, se o paciente não gostar, melhor procurar ajuda alhures, prejudica a verdadeira comunicação. Ele trata o paciente com condescendência, em vez de orientá-lo.

Os entrevistadores mais autoritários não se dão conta de sua falta de empatia ou da necessidade de explicar. Costumam ser inseguros, escondendo as próprias dúvidas atrás de um papel autoritário. Se o paciente lhe responde com resistência ou com uma obediência ansiosa, pergunte-se se você não está sendo ameaçador ou exigente.

Não somente você pode estar preso a um papel autoritário como, às vezes, o próprio paciente o empurra nessa direção, mesmo contra a sua vontade. Ele pode colocá-lo em um pedestal e então protestar contra a autoridade da qual ele próprio o revestiu — ou pode ter medo de você, tentando impressioná-lo ou agradá-lo por medo da retaliação, ou pode admirá-lo como um modelo ou ídolo com quem pode se identificar. Explícite ao paciente suas próprias tentativas de colocar você em um papel autoritário e aponte a ele suas expectativas pouco realistas, anulando, assim, aquelas falsas que poderão resultar em decepções posteriores.

O paciente desconfiado e com idéias de grandeza, ou um outro, com personalidade anti-social podem desafiar a sua liderança, tentar desarmá-lo e demonstrar falta de respeito pelo médico. Podem aproveitar a oportunidade para lançar comentários do tipo:

"Eu tenho que pensar sobre isso."

"Eu costumo sempre buscar uma segunda opinião."

"Eu não confio nos médicos. Eu já os dispensei anteriormente."

"Ou você dá um jeito no problema, ou vai ver só."

Confronte-o com a sua conduta:

"Você parece ter dificuldade em aceitar algumas das minhas idéias."

"Claro, está muito bem você buscar uma segunda opinião... mas é realmente a minha opinião ou a minha pessoa que é um problema para você?"

"Quando você dispensa os médicos, pode se sentir como se estivesse no controle da situação. Será que você não gostaria de dispensar os seus problemas também?"

"Você realmente desconfia do meu atendimento ou da sua capacidade para responder a ele?"

Discuta as dificuldades dele em aceitar a sua liderança. Por exemplo, aponte-lhe o padrão das dificuldades que ele vem vivenciando com cada um dos terapeutas que o precederam e agora também com você. Diga-lhe que, juntos, precisam encontrar a razão da sua intransigência. Elogie-o por expor preocupações. Diga-lhe que esta abertura vai ajudar no exame dos seus problemas psicossociais.

6. EQUILIBRAR OS PAPEIS

Paciente e terapeuta entram na sala de consulta com uma gama de expectativas, comumente expressas nos respectivos papéis. Em alguns casos, o paciente deseja que você assuma o papel de autoridade, ou de ouvinte empático, de sábio, ou, ainda, de policial. Caso tenha consciência dos papéis que o paciente lhe confere, estará em melhores condições para avaliar como responder à apresentação que ele faz de si mesmo.

O terapeuta também desempenha papéis. Como deve ter observado por meio dos diversos estilos de entrevista, o entrevistador também pode cair em armadilhas, comprometer o relato e liquidar com a entrevista.

De que maneira podem ser utilizados os papéis para melhor entrevistar o paciente e estabelecer a comunicação? De que maneira pode aperceber-se de estar desempenhando um papel que é deletério para os objetivos terapêuticos ou para a comunicação?

OS PAPEIS DO ENTREVISTADOR

O entrevistador habilidoso consegue equilibrar os papéis de ouvinte empático, especialista e líder durante o transcurso da entrevista. Idealmente, ele aciona esses papéis de acordo com as necessidades do paciente. Entretanto, esses intercâmbios flexíveis — embora ideais — nem sempre ocorrem. Muitos terapeutas se prendem a um estereótipo e permitem que este domine o seu estilo de abordagem. Portanto, é necessário monitorar os pa-

péis que você e o seu paciente podem vir a assumir, ajustar-se a eles ou alterá-los, se necessário.

O ouvinte empático

O ouvinte empático coloca o paciente à vontade, é sensível ao sofrimento e expressa compaixão.

Ser empático não significa ser excessivamente tolerante, conduzir-se como se fosse uma mãe permissiva com uma criança mimada. Os entrevistadores ou terapeutas que deixam de estabelecer os limites profissionais podem acabar esperando pelos pacientes, quando estes se atrasam, tolerando as ausências, quando o paciente se esquece das consultas, reduzindo os honorários, convidando-os para jantar ou até mesmo envolvendo-se intimamente com os pacientes. No anseio de confortar, o entrevistador pode deixar de estabelecer certos limites que seriam necessários ao caso: hospitalizar o paciente quando necessário, ou recomendar medidas mais intensivas de tratamento, como o eletrochoque, quando nada mais tiver funcionado. Em um extremo desta linha de conduta, torna-se um amigo compadecido ou como um membro da família, desenvolvendo uma proximidade sem distância profissional. Esses entrevistadores deixam a desejar como especialistas ou líderes.

Ao reconhecer que você exagera na empatia, comece a estabelecer limites, retorne a liderança e faça valer seu conhecimento como especialista sempre que isso o auxiliar a melhor conduzir uma entrevista concisa e informativa.

O especialista

O especialista pode achar que a empatia é uma perda de tempo. O que o paciente necessita não é compaixão, mas sim o conhecimento do entrevistador. A atitude básica: não é tão importante o desejo de ajudar — mas que você seja capaz de ajudar. O especialista pode exibir-se com o seu conhecimento e com uma aura de infalibilidade. Ativo e distante, ele pode deixar de tomar o cuidado de verificar se o paciente segue as recomendações ou não, porque é o paciente, e não ele, quem vai sofrer as consequências.

Se você é tão "sabido", se falta à sua entrevista um tom quente e amistoso, deve tentar sensibilizar-se com o sofrimento do paciente. Reveja as transcrições de suas entrevistas e determine se você teve empatia e conseguiu comunicá-la ao doente. Verifique também se soube apoiá-lo e conduzi-lo, quando necessário.

A autoridade

Desde o início de uma entrevista, o terapeuta insiste em estar no comando e espera que o paciente o siga.

"Compaixão?"

ele talvez pergunte com um sorriso cortante de indiferença.

"E o respeito do paciente? Com certeza, o conhecimento especializado é o suficiente — e, de qualquer forma, qual o paciente que reconhece isso?"

Assim, ele espera que o paciente coloque sua confiança nas mãos dele, sem precisar perder tempo respondendo a perguntas irritantes.

Paciente e terapeuta entram em colisão se o entrevistador insistir na sua autoridade e o paciente não quiser ceder. A situação descrita a seguir ocorreu entre um residente de psiquiatria de quarto ano e um paciente de 28 anos, na segunda sessão de uma entrevista diagnóstica. O residente tinha pedido auxílio ao supervisor em relação a esse paciente, diagnosticado como sendo uma personalidade dependente. O residente cumprimentou o paciente e sua esposa com um aperto de mãos, e apresentou o entrevistador:

- R: Este é o diretor da clínica. Ele vai participar hoje. (não explicou o motivo e nem pediu permissão).
- P: Lamento estar atrasado, mas nós tivemos um problema com o carro.
- R: Bem, você conhece as regras desta clínica e as aceitou. Nós temos que lhe cobrar pelo tempo que você se atrasou, uma vez que eu estava aqui e tinha o tempo reservado para você.
- P: Compreendo. Por falar nisso, eu também trouxe a minha esposa, pois ela talvez seja capaz de explicar ao senhor, melhor do que eu, o tipo de dilema que estamos enfrentando.
- R: Pensei que você tivesse concordado em que deveria depender mais de si mesmo e não se servir dos outros para lutar por você.
- P: Mas eu tenho tanta dificuldade para me entender com o senhor! O senhor me disse que a maioria dos meus problemas resultam do fato de vivermos com os meus pais — eu estava sem emprego já por seis meses e não tínhamos reservas. Podemos ficar no apartamento do segundo andar, pagando somente água, luz e manutenção. A minha esposa poderia dizer-lhe que os meus sentimentos negativos não têm muito a ver com morar com eles.
- R: Eu não vejo como posso ajudá-lo, se não quer fazer o que lhe digo. Você também pode procurar um outro terapeuta.
- P: Tenho a impressão de que o senhor está certo. Eu pensei que estava aqui para me entender melhor, a mim e aos meus problemas, mas eu me sinto tratado como um empregado e não vejo como isso possa me ajudar.

Nesse ponto, o supervisor entrou e respondeu com empatia aos problemas do paciente e lhe deu a oportunidade de se explicar.

Se você é um entrevistador autoritário, pode não se dar conta do seu estilo e do quanto esse pode afetar o paciente. Eis aqui alguns indicadores que podem ajudá-lo a se aperceber desse problema e, assim, auxiliá-lo a corrigir-se. O paciente se opõe e se torna relutante, dá um sorriso forçado e faz observações sutilmente destrutivas. Ele o contradiz ou se apresenta muito obediente; mostra-se desconfortável e monossilábico, ansioso ou inseguro.

Se observar qualquer um desses comportamentos, verifique se está dando ao paciente liberdade, empatia e apoio em doses suficientes. Obviamente, existe mais de uma razão para o paciente se tornar obediente, ou hostil, mas todos nós, entrevistadores, fariamos bem em analisar o quanto podemos estar contribuindo para o comportamento mal-adaptado do paciente.

OS PAPÉIS DO PACIENTE

Assim como os entrevistadores, também os pacientes assumem papéis. Dentre esses: "o portador de uma doença", "o sofredor" e o "VIP".

O portador de uma doença

Como portador de uma doença, o paciente vê a si mesmo não mais do que temporariamente debilitado. Coloca uma distância entre ele e a sua doença. Por exemplo, é seu sono que está perturbado, não ele mesmo. Ele não tem um problema, mas sim o seu casamento. Coloca o problema de quarentena, de forma a que não infecte o resto de sua pessoa. Afora a sua dor nas costas, ele tenta levar uma vida normal. Não espera por privilégios especiais, ou suplica por piedade ou pena. Tudo o que espera é um manejo médico especializado. A comunicação com ele se estabelece com facilidade.

O sofredor

Este é o oposto daquele que é portador de uma doença. Ele se consome na sua dor e na sua angústia. Seus problemas o invadem como uma septicemia. Exagera na sua incapacidade. Anseia por conforto, solidariedade e compreensão, mais até do que por uma orientação médica. Frequentemente as suas exigências se tornam esmagadoras e insuportáveis. Ele o força a estabelecer

*N. de T.: *Very important person.*

limites, embora a expressão de sua empatia costume estabelecer a capacidade dele de manter o autocontrole e a contenção. A depressão crônica e os transtornos de personalidade favorecem o desenvolvimento deste papel.

O "VIP"

O paciente "muito importante" vê a si mesmo como um privilegiado, com direito a ter atenção a qualquer hora do dia ou da noite. Sua expectativa é de que terá um tratamento especial. Ele procura os melhores dos melhores na sua área de competência, as estrelas da psiquiatria ou da psicologia. Estabelecer uma comunicação com esse tipo de paciente pode tornar-se algo complexo, e determinar limites pode ser indispensável. A atitude "VIP" pode ser adotada por qualquer pessoa, da mais simples até a mais privilegiada. Seguidamente seremos surpreendidos pela modéstia de pessoas de muito sucesso. Por outro lado, o verdadeiro "VIP" lhe telefona às 3 horas da manhã para dizer que não consegue dormir.

INTERAÇÃO ENTRE PAPÉIS

A comunicação é atingida quando entrevistador e paciente conseguem equilibrar os seus papéis em mutação, agindo de acordo.

Caso o terapeuta ou o paciente rejeitem o papel adotado pelo outro, então surgirá a situação de conflito. É necessário estar atento aos papéis que vão surgindo e reagir de acordo. Alguns poucos pacientes podem se ressentir da atitude de especialista, achando-a demasiadamente "cerebral", e podem ansiar por orientação e liderança. "Você é o médico, não explique os meus problemas para mim; diga-me o que fazer!" Em resumo, ele pode estar à procura de uma autoridade a quem seguir, que lhe diga o que fazer. Dependendo do seu julgamento, poderá confrontá-lo com esta necessidade ou poderá ceder e oferecer a autoridade.

O seguinte exemplo mostra como o entrevistador evitou um conflito de papéis, quando Bernie, um homem de 54 anos, divorciado, rejeitou completamente tanto a liderança quanto o conhecimento especializado do terapeuta.

1. M: O que eu poderia fazer pelo senhor?
- P: Antes que eu lhe conte qualquer coisa, quero que saiba que estou aqui para uma segunda opinião. As pessoas me disseram que o senhor é muito bem-preparado. Mas não espere que eu acredite no que o senhor me disser ou que vá seguir seus conselhos.
2. M: Se o senhor se sente assim, por que então veio consultar comigo?

P: Eu só quero saber o que o senhor tem a dizer. Se eu gostar, eu fico.

3. M: Certo. (silêncio)

P: O que o senhor tem a dizer?

4. M: Nada ainda. Exceto que o senhor não acredita muito na minha capacidade de ajudá-lo.

P: Isso é verdade.

5. M: O senhor pode estar certo, mas fico me perguntando por que o senhor pensa dessa forma.

P: Ninguém antes conseguiu me ajudar. Eu perdi o meu emprego há sete anos.

6. M: E porque ninguém foi capaz de ajudá-lo antes o senhor tampouco tem confiança em mim.

P: Certo.

7. M: Não posso prometer-lhe nada; eu também erro, mas vou tentar ajudá-lo.

P: Isso veremos.

O entrevistador não assume o papel que o paciente lhe confere, nem tampouco contra-ataca, mas examina as fontes da rejeição (Perguntas 2 a 5). A resposta de Bernie revela a razão da sua hostilidade (Resposta 5). Quando o entrevistador admite que o seu esforço terapêutico também pode falhar (Pergunta 7), a intensidade da rejeição por parte do paciente se abrande.

Se o paciente atacá-lo verbalmente, a estratégia consiste em não aceitar o papel que ele lhe conferiu — o alvo da sua agressividade —, mas se distanciar e avaliar as razões da agressão. Aceite essas razões como preocupações legítimas do paciente e comunique a ele essa aceitação. Se você não responder à agressão com defesa ou contra-ataque, mas sim com análise das razões para tanto, o paciente pode começar a refletir mais do que agir.

Dependência da liderança do entrevistador

As necessidades de dependência podem perturbar a comunicação tanto quanto o fato de o paciente rejeitar o entrevistador. Tom, um estudante de teologia de 27 anos, consultou um terapeuta.

- M: Que tipo de problema o trouxe aqui?
- P: Não sei se eu deveria me esforçar mais.
- M: Bem, você está trazendo um problema interessante. Será que você deve se esforçar mais?
- P: Sim, o que o senhor pensa a respeito?
- M: Eu gostaria de compreender por que você acha que eu posso ajudá-lo mais do que você a si mesmo.
- P: Bem, só quero saber se posso me ferir, exigindo demais de mim.
- M: Foi por isso que você me perguntou?

P: Sim, eu acho que sim... (pausa), mas você está certo. Eu simplesmente não consigo me decidir a respeito de nada. Eu sempre busco alguém para me dizer o que fazer.

M: Mas você realmente faz aquilo que lhe dizem para fazer?

P: Eu não sei. Eu preciso ver se eu concordo.

M: Está certo, você tem que descobrir por si mesmo.

O paciente tenta colocar o entrevistador no papel de uma autoridade que dá conselhos. Da mesma forma como no exemplo anterior, o médico examina as razões de Tom. As respostas de Tom permitem ao entrevistador direcioná-lo para a reflexão e a autoconfiança.

Evite dar conselhos ao paciente que está em dúvida e que sofre de depressão e, em vez disso, ofereça uma escuta empática. Quando você escuta o paciente, permite que ele escolha entre as suas forças e fraquezas e chegue a uma decisão por si mesmo.

P: Fico sem fazer nada em casa, esperando. Não agüento mais. A minha família me evita. Será que eu deveria voltar para o trabalho?

M: Você consegue?

P: Eu não sei, simplesmente me sentaria lá e ficaria olhando fixamente para a escrivaninha.

M: Sim?

P: ...e eu me sentiria tão encabulado, se todo o pessoal que trabalha para mim me visse lá, simplesmente sentado, sem fazer nada.

M: Eu entendo como você deve se sentir. Sei que você quer trabalhar e sustentar a sua família, mas, se você tentar, poderá falhar.

P: Talvez eu devesse ter paciência até que me sinta um pouco melhor.

M: A mim parece que você não quer correr o risco de falhar.

Contrariamente a isso, às vezes resulta realmente terapêutico para um determinado paciente que você assuma o papel da autoridade. Por exemplo, quando o paciente está avaliando um plano realista, mas ainda se sente cheio de dúvidas em função da depressão — o seu apoio e encorajamento em relação ao plano dele podem fazer toda a diferença.

Margarete, uma mulher branca de 45 anos, sofria de depressão há vários meses, sem obter alívio, apesar da terapia intensiva.

P: Eu me dou conta de que estou deprimida. Não quero sair. Não me sinto em condições de sair atrás de um emprego. Mas ficar em casa esperando que as crianças voltem da escola me deixa mais deprimida ainda.

M: Hmm... e a torna mais consciente disto ainda?

P: Você parece entender. Eu penso que seria melhor para mim se eu fizesse um esforço e conseguisse um emprego.

M: Bem, forçar-se a isso pode não diminuir nem aumentar a duração da sua depressão, mas acredito que possa ajudá-la a tolerar melhor a doença.

P: Isto é verdade.

M: Vejo como um bom sinal o fato de querer fazer um esforço e sair de casa.

P: Acho que poderia tentar.

M: Veremos como isso funciona.

O entrevistador aceita o papel de conselheiro e apóia o que ele acredita que está bem, sem violar a capacidade do paciente de tomar suas próprias decisões. Convidar à reflexão mais do que apoiar uma conduta razoável pode ser um obstáculo para o paciente e retardar sua melhora.

Em resumo, assuma o papel de ouvinte quando o paciente se queixar ou mostrar ambivalência e confusão a respeito dos seus objetivos. Assuma o papel de especialista quando faltar conhecimento quanto à doença e ele necessitar de informação a respeito, e o papel de conselheiro quando o mesmo tiver tomado resoluções razoáveis, mas hesitar em colocá-las em ação.

Os céticos podem argumentar que o entrevistador profissional desenvolverá um estilo e técnicas que se adaptem à sua personalidade. Esse argumento parece persuasivo, mas não é corroborado pelos fatos. Rutter e cols. (1981) demonstraram que dois entrevistadores experientes da sua clínica podiam modificar o estilo à vontade. Eles adotavam quatro estilos diferentes, denominados *caixa de ressonância*, *psicoterapia ativa*, *estruturada* e *sistemático-exploratória*. Entre os estilos, o número de perguntas fechadas, de perguntas abertas, solicitação de sentimentos, interpretações e expressões de simpatia variava muito e com significância estatística. Os resultados obtidos por Rutter e cols. (1981) mostram que os estilos de entrevistar podem ser ensinados e aprendidos (ver também Cox e cols., 1988).

Por que toda esta confusão a respeito da comunicação? Os primeiros 5 minutos investidos no início da entrevista para aprofundar a comunicação garantem um grande retorno mais adiante.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Capítulo 2: Comunicação

A lista a seguir permite-lhe avaliar as suas habilidades para estabelecer e manter a comunicação. Ela o auxilia a detectar e eliminar os pontos fracos em entrevistas que, de certa forma, não funcionaram em algum ponto significativo.

	SIM	NÃO	NR
1. Deixei o paciente à vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reconheci seu estado de espírito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Abordei o seu sofrimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ajudei-o a quebrar o gelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ajudei-o a superar a desconfiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Refreei sua tendência à intrusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estimulei sua produção verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Refreei sua tendência à divagação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Compreendi seu sofrimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Expressei empatia pelo seu sofrimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sintonizei com o seu afeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Abordei seu afeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Determinei seu nível de <i>insight</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Assumi o ponto de vista do paciente a respeito da sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tive uma percepção clara dos objetivos manifestos e terapêuticos do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Coloquei claramente o objetivo do tratamento para ele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Comuniquei a ele que conheço a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Minhas perguntas o convenceram de que estou familiarizado com os sintomas da sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Certifiquei-o de que não está sozinho com a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Expressei minha intenção de ajudá-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O paciente reconheceu o meu conhecimento especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Respeitou a minha autoridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mostrou-se completamente cooperativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Identifiquei a atitude do paciente em relação a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. O paciente pode ver sua doença com distância crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ele se apresentou como um sofredor em busca de simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ele se apresentou como um paciente "VIP"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Competiu comigo pela liderança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Foi submisso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Adaptei meu papel ao papel do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. O paciente me agradeceu e marcou nova consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPÍTULO TRÊS

ESTRATÉGIAS PARA OBTER INFORMAÇÃO: TÉCNICAS

1. **Queixas**
Técnicas para iniciar a entrevista
Técnicas de esclarecimento
Técnicas de condução
2. **Resistência**
Expressão da aceitação
Confrontação
Confrontação com as consequências
Deslocamento e substituição
Exagero
Indução à fanfarronice
3. **Defesas**
Reconhecimento
Manejo das defesas

Perguntas 2011

RESUMO

O Capítulo 3 descreve três conjuntos de técnicas para se obter informação a partir do paciente. O primeiro conjunto diz respeito aos pacientes cooperativos, que descrevem abertamente a maior parte dos seus problemas. O segundo conjunto se dirige aos que escondem do entrevistador uma parte dos seus problemas. O terceiro conjunto de técnicas foi concebido tendo-se em mente aqueles que, sem se darem conta, distorcem a percepção de si mesmos e dos outros.

▲▲▲▲▲

Eu escuto. A maior parte das pessoas não. Alguma coisa interessante surge — e puf — elas nem percebem.

Ted Koppel, *Newsweek*, 15 de junho de 1987.

▼▼▼▼▼

Os examinadores do *American Boards of Psychiatry and Neurology* avaliam a técnica de entrevista de um candidato, observando se ele é capaz de introduzir um tema com uma pergunta ampla e aberta, prosseguir nele de maneira cada vez mais dirigida e, por último, concluir o assunto com perguntas detalhadas e específicas. Isso traduz, de forma sucinta, a abordagem técnica da entrevista psicodiagnóstica.

E como isso é feito? Quais são as habilidades necessárias? Como fazer para encontrar as perguntas certas? De que maneira conseguir que o paciente lhe conte a respeito de seu comportamento, especialmente o que ele vê como sendo problemático (Lovett e cols. 1990)?

Os pacientes diferem quanto à capacidade de colaborar. Alguns são muito dóceis e chegam ao consultório prontos para revelar as suas queixas. Outros obstruem ativamente os esforços do terapeuta para descobrir quais são os seus problemas; eles podem se sentir envergonhados, hostis ou amedrontados. Outros, ainda que inadvertidamente, distorcem percepções e revelações quanto aos seus problemas.

O paciente costuma comunicar o problema de uma dentre três maneiras: 1) despejando-os (queixas); 2) revelando alguns problemas mas escondendo os aspectos embaraçosos (resistência); ou 3) escondendo de você, e até de si mesmo, as partes mais embaraçosas de sua pessoa (defesas). Existem estratégias para se lidar com qualquer uma destas três situações.

Quando o paciente se comunica por meio de queixas, o entrevistador não precisa fazer mais do que deixá-lo falar, descrever detalhadamente o problema e explorar todos os aspectos do mesmo. Três tipos de técnicas são utilizadas nestes casos: técnicas de abertura, de esclarecimento e de condução.

A *resistência* cria mais dificuldades para o entrevistador. A aceitação e a confrontação são as técnicas mais úteis para ajudar o paciente a superá-la. Mostre-lhe que você nota e entende a resistência, mas, ao mesmo tempo, tente convencê-lo de que deixá-la de lado seria mais vantajoso para ele.

A situação mais difícil ocorre quando o paciente utiliza *defesas*. Em muitas entrevistas psicodiagnósticas, se as defesas não interferem com a necessidade de informação, elas podem ser ignoradas. Às vezes, contudo, é preciso confrontar o paciente com seus mecanismos de defesa ou interpretá-los para ele, de modo a que se torne possível manter a comunicação ou chegar a um diagnóstico.

Com cada tipo de paciente (pois alguns às vezes cooperam, e às vezes não), o entrevistador necessita ajustar as suas estratégias técnicas para obter a informação. As técnicas propostas a seguir demonstram como se pode estimular a cooperação dos pacientes.

1. QUEIXAS

O paciente que vem por vontade própria ao profissional de saúde mental traz consigo um motivo, uma razão para a consulta, habitualmente um problema com o seu funcionamento, com as relações interpessoais, com a própria conduta ou, ainda, a satisfação consigo mesmo. Quando ele fala a respeito de seus problemas, o profissional procura identificar o sofrimento que está por trás de suas palavras e de suas queixas (ver Capítulo 2: Estratégias de comunicação). O paciente geralmente espera uma acolhida empática para o seu sofrimento e conhecimento especializado para identificar a fonte do seu mal-estar. Falando em termos técnicos, ele espera um diagnóstico e um plano de tratamento (ver Capítulo 6: Cinco passos para fazer um diagnóstico).

Portanto, o profissional necessita de três conjuntos de técnicas para atingir, com êxito, as seguintes metas: 1) fazer com que todas as queixas possam aparecer (técnicas para iniciar a entrevista); 2) traduzi-las em termos de

sintomas, padrões permanentes de comportamento ou problemas com o viver (técnicas de esclarecimento); e 3) cobrir o território, movimentando-se de um conjunto de queixas para outro (técnicas de condução). Se o entrevistador tiver êxito na conquista desses objetivos, chegará a um diagnóstico correto, podendo recomendar um plano de tratamento.

Técnicas para iniciar a entrevista

Ao entrevistar um paciente psiquiátrico, é necessário que se encontre um equilíbrio entre, de um lado, deixar o paciente falar e contar sua história com as próprias palavras, e, de outro, obter as informações necessárias para chegar a um diagnóstico. Se lhe for permitido contar sua história sem qualquer restrição, ele pode se expandir interminavelmente; se for questionado com perguntas específicas, a sua "inquirição" pode distorcer a história. Apresentamos aqui algumas estratégias para equilibrar a escuta passiva com o questionamento ativo.

Ao iniciar o diálogo com o paciente, parta de uma abordagem ampla, não-restritiva. Isto permitirá a ele apresentar o problema em suas próprias palavras. Os exemplos de pergunta que se seguem são úteis:

"Como eu posso ajudá-lo?"

"O que é que eu posso fazer por você?"

"Que tipo de problema o trouxe aqui?"

"Por onde começamos?"

Uma abordagem assim, centrada no paciente, convida-o a selecionar, por si mesmo, um tema; mostra o seu ponto de vista do problema e deve conter e fornecer a queixa principal. As perguntas amplas e não-restritivas são aquelas que menos sugestão veiculam e que permitem ao paciente enfatizar e elaborar o que ele vê como sendo o mais importante.

Alguns entrevistadores utilizam apenas perguntas abertas. Raramente exploram indícios ou indagam a respeito de dados específicos. Um entrevistador desses pode saber, por exemplo, que o paciente estava deprimido, mas não vai tentar descobrir qual a duração, a gravidade ou os sintomas da depressão, a menos que o paciente forneça espontaneamente essas informações. Também pode saber que o paciente teve insônia, mas não perguntará a respeito da natureza desse problema. Embora alguns terapeutas defendam esta técnica, ela pode impedir a obtenção de informações necessárias para se chegar ao diagnóstico ou que a avaliação se realize com eficiência e em um tempo hábil.

Ocasionalmente, deparamo-nos com o problema oposto. Estes entrevistadores irritam o paciente, metralhando-o com perguntas do tipo sim ou não, nunca conseguindo obter informações, mas não chegando à queixa principal. Em uma entrevista simulada em banca de exame, um de nossos candidatos tinha que entrevistar um homem branco de meia-idade e utilizou a seguinte abordagem:

C: Eu sou o Dr. A. Você concordou em ser entrevistado.

P: Sim.

C: Certo. Que idade você tem?

P: 47.

C: Você tem irmãos?

P: O que é que o senhor quer dizer?

C: Irmãos e irmãs.

P: Sim.

C: Quantos?

P: Três.

C: Você é o mais novo?

P: Não.

Durante meia hora esse candidato bombardeou o paciente com questões fechadas, colecionando inúmeros pequenos detalhes, os quais não foi capaz de reunir

em um quadro clínico ou em uma impressão diagnóstica.

Esses dois estilos podem parecer extremos. Ainda assim, o primeiro não é raro. Sob formas não tão pronunciadas, o segundo também ocorre no início da passagem de cada estudante pelo estágio de entrevista psicodiagnóstica. Existem vantagens e desvantagens em relação a ambos os tipos de perguntas.

As questões abertas dão origem a respostas genuínas, individualizadas e espontâneas. A maioria dos entrevistados se sente motivada a contar o que os incomoda. Querem ser ajudados e, assim, com encorajamento e orientação, serão capazes de chegar à queixa principal. Hopkinson e cols. (1981) analisaram entrevistas colhidas ao natural e verificaram que as perguntas em aberto, com poucas interrupções, facilitam a expressão das emoções muito mais do que as perguntas fechadas.

O lado negativo das perguntas em aberto é que elas podem desencadear respostas longas, pouco confiáveis, vagas e incompletas. Você pode sentir-se inundado de informações, e, ainda assim, continuar precisando dos detalhes necessários para o diagnóstico.

A vantagem das perguntas fechadas é o fato de geralmente proporcionarem respostas breves, claras e confiáveis a respeito de um assunto circunscrito. Utilizar uma bateria de questões fechadas, mas bastante detalhadas, pode auxiliar o desenvolvimento de uma entrevista sistemática, que leva a uma cobertura mais ampla do estado mental dos pacientes, mais do que um estilo livre de entrevistar. Cox e cols. (1981) relatam que um estilo diretivo é mais efetivo para a obtenção de dados a respeito da ausência de certos sintomas-chave. Além disso, observaram que a frequência, a gravidade, o contexto, a duração e as qualidades dos sintomas e dos problemas são mais bem-avaliados pelo questionamento diretivo, mas que, para a avaliação de novos sintomas, isto não é o que funciona melhor.

E as limitações das questões fechadas? Às vezes podem forçar respostas falso-positivas e inibir a liberdade do paciente para se expressar. Para indivíduos demasiadamente obedientes — aqueles que desejam agradar ao entrevistador —, a pergunta fechada pode dar pouco resultado quanto a informações importantes. Por fim, as respostas podem adequar-se às pré-concepções do entrevistador, não fornecendo, assim, um quadro verdadeiro da percepção que o paciente tem da realidade. A Tabela 3.1 mostra os prós e os contras das questões abertas versus fechadas.

A melhor abordagem é combinar perguntas ao longo de um *continuum* de questões amplas até aquelas que são precisamente dirigidas. Introduza um novo tópico com uma pergunta aberta; prossiga com perguntas dirigidas; finalize com uma série de questões de pouca ou nenhuma

Tabela 3.1 Prós e contras das perguntas abertas e das fechadas

Aspecto	Perguntas abertas	Perguntas fechadas
Autenticidade	Alta Produzem formulações espontâneas	Baixa Induzem o paciente
Confiabilidade	Baixa Podem levar a respostas não-reproduzíveis	Alta Foco estreito; mas podem sugerir as respostas
Precisão	Baixa Objetivo da pergunta é vago	Alta Objetivo da pergunta é claro
Eficiência temporal	Baixa Elaborações circunstanciais	Alta Podem levar a respostas sim ou não
Cobertura diagnóstica	Baixa Paciente seleciona o tema	Alta Entrevistador seleciona o tema
Aceitação pelo paciente	Variável A maioria dos pacientes prefere se expressar livremente; outros se sentem inseguros e se resguardam	Variável Alguns pacientes apreciam e outros não as perguntas do tipo sim ou não

ma abertura — do tipo sim ou não. Esse tipo de pergunta pode ser utilizado para verificar, especificar ou para contestar uma resposta. Se desejar evitar questões fechadas de qualquer maneira, use perguntas precisamente focadas, mas, ainda assim, abertas. Em vez de:

“Você tem problemas para adormecer?” (a resposta esperada é sim ou não),

pergunte:

“O que acontece quando você tenta adormecer?”

O paciente sabe que você espera que ele fale a respeito do início do sono, mas ele ainda tem uma chance de surpreendê-lo com uma resposta inesperada.

“Eu tenho uma experiência das mais estranhas. Eu costumo ver monstros. É como se eu começasse a sonhar quando eu tento adormecer.” (alucinações hipnagógicas — um sintoma clássico de narcolepsia.)

Assim, à medida que um tópico é examinado, as perguntas mudam de um formato centrado predominantemente no paciente para um outro, centrado no entrevistador. (Para maiores informações sobre os diferentes temas da entrevista, ver Capítulos 4, 5, 6 e 7.) Obviamente esta progressão pode ser alterada para ajustar-se às suas necessidades.

Dependendo do tipo de transtorno ou da personalidade do paciente, ele pode preferir um ou outro tipo de pergunta. O paciente obsessivo prefere as perguntas fechadas e circunscritas, a personalidade histérica as questões amplas e abertas. Dependendo do tipo de comunicação (ver Capítulo 2) e da fase da entrevista

(ver Capítulos 7 e 8), escolha o tipo adequado de pergunta, bem como a combinação e a sequência das mesmas.

Uma vez que um assunto tiver sido mencionado, esclareça os limites, o conteúdo específico e as conexões com os outros temas. Utilizar as técnicas de esclarecimento auxilia bastante nesta tarefa.

2 Técnicas de esclarecimento

Alguns indivíduos respondem às perguntas com clareza; outros são limitados, desarticulados, vagos ou circunstanciais. Nesses casos, o entrevistador precisa auxiliar o paciente a se explicar melhor. Existem várias técnicas utilizadas para facilitar a clareza na resposta obtida, que são assim denominadas: especificação, generalização, revisão de sintomas, perguntas diretivas, sondagem, inter-relação e síntese.

Especificação 2.1

O entrevistador necessita de informações específicas, precisas e explícitas, mas o paciente responde de forma vaga ou monossilábica. É melhor mudar para um modo mais fechado de formular as perguntas, assim como demonstra o exemplo abaixo (Questões 3 a 6):

1. M: Como anda o seu sono, sr. Warner?
P: Ruim.
2. M: O que é que está ruim?
P: Tudo.
3. M: O senhor tem algum problema para adormecer?

- P: Sim.
4. M: Quanto tempo o senhor leva para adormecer?
P: Às vezes uma hora, às vezes três e às vezes eu não consigo dormir a noite inteira.
5. M: Tem noites em que o senhor adormece sem problema, mas acorda algumas vezes?
P: Não.
6. M: Acontece alguma vez de o senhor acordar cedo pela manhã e então não conseguir voltar a dormir?
P: Não.

As Questões 3, 5 e 6 são fechadas, mas geram respostas precisas. A sua validade deve ser julgada dentro do contexto da entrevista como um todo. Por exemplo, se o seu paciente se queixa:

“Eu seguidamente me sinto mal.”
“Meu sono é ruim.”
“Não estou comendo como deveria.”
“Minha vida sexual é um inferno.”,

devolva as palavras vagas (“ruim, não comendo como deveria, um inferno”) ao paciente (Questões 2, 4, a seguir). Se o *feedback* não funcionar, informe a ele o seu entendimento da sua resposta (Questão 5, a seguir). Se ele responder:

“Não é isso!”

deixe que ele descreva a ocorrência mais recente ou mais grave do fenômeno do início ao fim (Questões 6 a 8, adiante).

TRABALHAR

A entrevista seguinte mostra de que maneira essa técnica foi utilizada com a senhora Carr, uma mulher branca, casada, de 43 anos, com um diagnóstico de fibromiosite, uma doença inespecífica, que se caracteriza por dor, insônia, sensibilidade aumentada à dor e rigidez nas articulações.

1. M: O que a trouxe aqui, sra. Carr?
P: Eu me sinto cansada o dia todo.
2. M: Cansada?
P: Porque eu não durmo bem.
3. M: O que há de errado com o seu sono?
P: É leve e agitado.
4. M: (o entrevistador se atém, de início, a “agitado” e ignora “cansaço”) Bem, de que forma o seu sono é agitado, intranquilo?
P: Eu acho... eu não sei.
5. M: Você quer dizer que se remexe muito?
P: Não, acho que não.
6. M: Quando foi a última vez que o seu sono foi agitado?
P: Ontem à noite.

7. M: Por que você não o descreve para mim, iniciando pela hora em que você foi para a cama?
P: Eu fui para a cama às 10h30min da noite e então eu me levantei novamente um pouco depois da meia-noite.
8. M: Sim?
P: Então, de novo, à 1h ou 1h30min. Eu levei meia hora para voltar para a cama e então eu acordei às 4h mais uma vez e não sei quando adormeci. De manhã, tive a maior dificuldade para me levantar.
9. M: Então, para você, sono agitado significa acordar muitas vezes durante a noite.
P: É isso.
10. M: (então o entrevistador passa para a segunda parte do problema, o cansaço) Você também disse que se sentia cansada o dia inteiro.
P: É verdade.
11. M: Isso acontece principalmente depois de uma noite agitada?
P: Não, não necessariamente. Às vezes eu durmo muito bem e, ainda assim, estou grogue até as 11h da manhã seguinte.
12. M: Então parece que você tem realmente dois problemas: acordar no meio da noite e se sentir cansada durante a manhã.
P: É, é isto que está acontecendo.

Para essa paciente, sono agitado significa ter insônia intermitente (Questão 9). O entrevistador, então, examina a relação entre insônia intermitente e o cansaço durante o dia e descobre que são independentes um do outro. Este tipo de questionamento também ajuda a paciente a sentir que o entrevistador a ouve e a compreende. Se ele respondesse mais irrefletidamente e fizesse conjecturas a respeito do que ela está dizendo, a paciente talvez se calasse, interrompendo a comunicação.

Generalização 2.2

Às vezes, um paciente oferece uma informação específica, quando o entrevistador necessita de uma sensação global do seu padrão de comportamento recorrente.

O sr. Allen, um pequeno fazendeiro de 48 anos, branco, casado, teve o seu primeiro episódio depressivo dois anos antes da primeira consulta. Ele teve uma recaída e voltou à clínica.

- M: Sr. Allen, diga-me, que tipo de problemas o senhor tem tido ultimamente?
- P: Bem, eu tenho problemas com a minha vida sexual.
- M: Como assim?
- P: Ontem à noite, eu tive um problema terrível. Nós pegamos um voo de W. para consultar com o senhor.

Nós ficamos hospedados em um hotel, jantamos bem, mas, mais tarde, na cama, eu simplesmente não conseguia ter ereção.

M: Esse problema é comum?

P: A minha esposa é muito compreensiva. Ela é uma boa amante.

M: Então o senhor realmente não tem problema sexual.

P: Ontem, como eu disse.

M: Que problemas sexuais o senhor tem habitualmente, se é que tem?

P: Eu não consigo gozar, não importa o quanto eu tente. Isso cansa a minha esposa e eu fico frustrado. Mas este não foi o meu problema ontem. Ontem não consegui ter ereção.

M: O senhor já estava impotente antes de se sentir deprimido novamente?

P: Eu não tinha problemas antes.

O paciente tem a tendência a trazer um acontecimento recente e isolado, que não é representativo dos seus sintomas usuais. Portanto, o entrevistador repete a pergunta, mas enfatiza uma perspectiva de tempo mais longa, utilizando termos como "habitualmente", "regularmente", "a maior parte do tempo" ou "frequentemente". Se o paciente mais uma vez se referir a circunstâncias ou situações específicas, talvez seja necessário examinar cada situação para ter uma idéia global do problema.

2.3 Revisão de sintomas

Quando a história de um paciente é vaga, o entrevistador pode apresentar uma lista de sintomas para auxiliá-lo a detectar alguma psicopatologia. Alguém deprimido, por exemplo, seguidamente não é preciso ou fluente, o que impede uma expressão eficaz de pensamentos e sentimentos. Nesse caso, pergunte pelos sintomas. Se o paciente deprimido ainda der respostas vagas, sugira alguns sintomas e consiga que ele concorde ou discorde. Avalie esses sintomas de forma cruzada para evitar o risco de sugestão. Esta técnica de avaliar os sintomas é utilizada na seguinte entrevista:

Joe, um homem de 47 anos, casado, gerente de uma pequena indústria, não dá indícios diagnósticos nas suas sete primeiras respostas. O entrevistador então adota uma postura mais diretiva e traduz as queixas vagas do paciente em termos de sintomas.

1. M: Oi, Joe. Como vão as coisas ultimamente?

P: Bem, eu acho que a minha esposa realmente não está satisfeita comigo. Ela diz: "Por que você não pode ser novamente o Joe de antigamente, o Joe que eu conheci quando me casei com você?"

2. M: Ela acha que você mudou?

P: Bem, nós temos ido a essas reuniões do pessoal da Amway. Eles são simplesmente fantásticos. Tentam ajudá-lo sempre que podem. Você realmente tem que conhecê-los.

3. M: A sua esposa acha que você mudou? De que maneira isso aparece nessas reuniões?

P: É um pessoal fabuloso. Eles são sociáveis e tão para cima. Eles parecem ser tão otimistas. Eu encontrei um deles na última segunda-feira, pela manhã, às 8h30min, no correio. Era uma daquelas manhãs melancólicas. Perguntei como ele andava. Ele disse: "Super, super." Ele realmente parecia brilhar. Só tinha havido uma vez que eu tinha visto alguém assim. Isso foi na nossa igreja.

4. M: Então, de que modo você está diferente? O que a sua esposa tem em mente?

P: Bem, eu realmente não sei. Ela é sempre compreensiva, mas ultimamente fica impaciente comigo.

5. M: Isto quer dizer que você não consegue afinar com esse pessoal?

P: Certo. Eles se levantam, fazem uma longa exposição e lhe dizem como motivar os outros.

6. M: Em que você é diferente?

P: Eu me levantei e disse a eles como eles são fabulosos.

7. M: O que é que há de errado nisso?

P: Eu não sei! No trabalho eles dizem: "O que há de errado com Joe? Ele andava sempre de bom humor."

8. M: Então o seu humor mudou?

P: Eu acho que o pessoal do trabalho andou fazendo comentários estranhos a meu respeito.

9. M: O que é que você pensa que há de errado com você?

P: No trabalho, eles parecem pensar que eu estou diferente agora.

10. M: Parece que o seu humor mudou.

P: Sim, eu era sempre expansivo e brincava com todos e eles riam e diziam: "Não há nada que possa colocá-lo para baixo."

11. M: E isto mudou agora?

P: (começa a chorar)

12. M: Você agora está melancólico e abatido?

P: Sim.

13. M: E quanto ao pessoal do escritório, você parece distante deles?

P: Sim, eu quero que me deixem sozinho.

14. M: E com o pessoal da Amway você simplesmente não pode se levantar e fazer um discurso cheio de energia.

P: Não, eu simplesmente não sou capaz disso agora.

15. M: Você não se sente capaz de encontrar as palavras certas?

P: É isso. Só quero dizer a eles como eles são compreensivos. Mas não consigo fazer nem isto. Eu começo a chorar.

O entrevistador inicialmente deixa o paciente relatar a sua história, mas as questões abertas se mostram ineficientes. Ele tenta fazer com que o paciente seja mais específico nas Questões 2 a 6, mas ainda assim não consegue uma descrição precisa dos problemas. Por fim, o entrevistador revisa os sintomas (Questões 8, 10, 12 e 15). Embora a revisão dos sintomas sugira uma queixa e forneça palavras do vocabulário do autor mais do que do paciente, essa abordagem é, às vezes, a única que lhe permite coletar informações úteis do ponto de vista diagnóstico e dentro de um plano de tempo razoável.

2.4 Perguntas diretivas

Perguntas diretivas sugerem ao paciente uma resposta específica. Por exemplo:

"É claro que você nunca considerou a possibilidade de suicídio, não é?"

"Você nunca ouviu vozes, não é?"

Uma formulação assim pode induzir à negação do sintoma em pessoas ansiosas e dependentes, mesmo que, de fato, elas tenham pensado em suicídio ou ouvido vozes; mas pode provocar uma contradição em pacientes com uma tendência ao comportamento de oposição, que não haviam pensado em suicídio ou não tinham ouvido vozes, mas se sentem ofendidos por sua sugestão ou indução. Obviamente, as perguntas diretivas também podem gerar uma resposta válida e fidedigna.

Pretendendo obter informações confiáveis e relativamente não-distorcidas, evite as perguntas diretivas. Entretanto, tendo começado a influenciar o paciente em uma direção específica, selecione as questões que melhor se adaptem ao seu propósito. Por exemplo, se desejar expressar confiança na cooperação do paciente com o plano de tratamento, diga:

"Você vai tomar a medicação que eu lhe receitei, não vai?"

"Vai tentar ir a um shopping cheio de gente e ver se ainda tem uma crise de pânico, não vai?"

Se planeja provocar o paciente para que ele contradiga a sua asserção, formule uma pergunta diretiva de acordo. Assim, a maioria das técnicas de entrevista não pode ser considerada nem boa nem ruim, mas, em vez disso, adequada ou inadequada para se conseguir alcançar um determinado objetivo.

Sondagem

Alguns indivíduos atribuem um significado desconcertante às suas experiências sem explicar o porquê. O entrevistador, então, precisa tentar descobrir as razões para essas alegações. Isso se consegue por meio de uma técnica denominada "sondagem". É utilizada em muitos níveis — desde a determinação do grau de insight do paciente em relação ao seu estado delirante até se descobrir mais sobre algo que o paciente deseja esconder.

Para o paciente delirante, ou aquele que está fora de contato com a realidade, a sondagem é uma ferramenta essencial para auxiliá-lo a contar a sua história sem se sentir confrontado. Existem algumas maneiras simples de assinalar para o paciente: ele tem um comportamento anormal durante a entrevista; atribui uma significação mágica a um acontecimento; diz que alguém o mandou consultar; mostra um pensamento supersticioso, clarividência ou idéias supervalorizadas. A sondagem ajuda a detectar a lógica subjacente ao seu pensamento, expondo as interpretações falhas. Inicie a sondagem, se há suspeita de que o paciente seja delirante. Essa auxilia a identificar o seu nível de insight (ver Capítulos 2 e 4). Se o paciente diz:

"Eu não sei por que estou aqui."

"A polícia me trouxe."

"A minha mulher me obrigou a vir."

pergunte:

"Por que você pensa que eles o trouxeram?"

Se ele negar saber de qualquer coisa, continue a sondar.

"Por que você veio com eles?"

Sonde esses porquês quando o paciente contar-lhe a sua história de um jeito desconcertado e perplexo. Solicite a sua interpretação das suas experiências.

"Por que você imagina que essas coisas estão ocorrendo?"

"O que você imagina que isso significa?"

"É possível que o que aconteceu mostre que você está doente?"

"Você acha que estão ocorrendo coisas estranhas?"

"As coisas não são como parecem ser?"

O caso a seguir mostra como a sondagem foi usada de maneira eficaz.

7 O sr. Stone, um homem de 48 anos, branco, divorciado, foi trazido pela polícia, porque andara dirigindo em alta velocidade, ignorando as sirenes da polícia.

Quando foi preso, depois de uma briga, ele fez afirmações acusatórias como "a polícia impede eleições justas". Essas e outras declarações o levaram à sala de emergência de um hospital da Administração dos Veteranos. O entrevistador utilizou inicialmente a continuação (Questões 1 a 6, ver a seguir: Técnicas de condução) e então a sondagem (Questão 7).

1. M: O que o trouxe a esta sala de emergência, sr. Stone?
P: A polícia.

2. M: E como o senhor se envolveu com eles?
P: Ah!, é uma longa história. Eu moro em [uma cidadezinha em Kentucky] e nos dois últimos anos eu vinha pensando em concorrer para prefeito.

3. M: Certo.
P: Durante o dia, trabalho como contador. O único tempo que tenho para me preparar para o cargo de prefeito é à noite.

4. M: Sim, prossiga.
P: À noite, de repente, os meus vizinhos começaram a bater na minha casa. Eles começaram a vir quase todas as noites. Perguntavam se eu tinha tempo para uma cerveja. Eu até que ia com eles.

5. M: O que aconteceu então?
P: Há duas noites, eu pensei: "Dessa vez eu vou policiá-los". Tudo estava calmo. O meu vizinho de porta até tinha apagado as luzes na casa dele. Mas eu pensei: "Eles não vão me enganar." Eu saquei da minha arma e dei dois tiros para o alto. E, quando o meu vizinho abriu a janela, eu lhe disse que sabia que ele estava olhando.

6. M: Certo. O que aconteceu então?
P: Ele disse que eu estava dizendo bobagens e que ele chamaria a polícia. Eu disse que não permitiria que ele fizesse aquilo. Então entrei no meu carro e fui embora. Quando cheguei na estrada principal, fui barrado por um carro da polícia. Eles me disseram que estavam me barrando por dirigir em alta velocidade. Eu lhes disse que sabia por que realmente eles estavam me barrando e comeci a fugir. Mas eles me alcançaram. Por fim, eles me trouxeram aqui esta manhã.

7. M: O que é que o senhor pensa que isso significa?
P: Bem, o senhor não energe? O senhor não consegue entender o plano deles?

8. M: Bem, talvez o senhor possa me ajudar nisso, de forma que eu possa entender melhor o que está ocorrendo.

P: Acho que os vizinhos vieram porque queriam me roubar tempo, de modo que eu não pudesse me preparar para a eleição. Eu nunca disse a eles que eu pretendia me candidatar, mas eles devem ter ficado sabendo de qualquer forma.

9. M: Por quê?

P: Porque eu notei algumas pistas.

10. M: Que tipo de pistas?

P: Quando eu cheguei em casa, olhei pela janela, antes de entrar em casa, e vi uma sombra.

11. M: O que é que o senhor pensa que seja essa sombra?

P: Eu acho que tinha alguém na casa, investigando as minhas coisas.

12. M: O que o senhor pensa que a polícia tem a ver com isso?

P: Meu Deus, o senhor não entende? Eles não querem que eu me candidate a prefeito. Eles me querem preso. Imaginam que, se eu me eleger, eu vou limpar aquele ninho de cobras e revelar toda a corrupção que existe há tanto tempo.

A sondagem é útil para investigar o conteúdo do pensamento em termos de delírios e de referência (Questões 7 e 12). O entrevistador evita contestar as interpretações do paciente, pois a forma como ele apresenta a sua experiência revela que tem pouco *insight* da distorção que faz da realidade.

Também empregue a sondagem quando o paciente admitir ter um sintoma psiquiátrico como alucinação ou delírio. Por exemplo, se um paciente responde ter ouvido vozes ou tido visões, dizendo calmamente "sim", investigue com precisão o momento, o lugar e a frequência. O paciente pode dar uma resposta positiva quanto a alucinações, para depois esclarecer que essa experiência ocorreu enquanto ele dormia ou quando passava do sono para a vigília ou vice-versa.

A sondagem não se limita às interpretações dos acontecimentos pelo paciente. É um instrumento útil e de fácil manejo para trazer à tona respostas emocionais a outros acontecimentos da sua vida. Nos momentos em que o paciente fala de forma distante e indiferente a respeito dos problemas no casamento, dos conflitos no trabalho ou das dificuldades com os filhos, pule fora da rotina habitual de coletar mais detalhes do conflito e pergunte diretamente a respeito das suas emoções:

"Como você se sentiu quando... aconteceu?"

Hopkinson e cols. (1981) relatam que, em 55% dos casos, o paciente responde bem a essas solicitações. Elas devem ser feitas quase sem emoção. Os entrevistadores que se mantêm neutros conseguem um rendimento de 61%, enquanto aqueles que expressam seus próprios sentimentos ao perguntarem pelas emoções do paciente não conseguem mais do que 45%. Solicitações diretas dos sentimentos do paciente têm ainda uma outra vantagem: aproximadamente 18% desses pedidos também

produzem auto-revelações espontâneas, o que contrasta com os 2,5% obtidos com outras intervenções.

Estes dados estatísticos favoráveis trazem de volta a seguinte questão: desejando saber o que é que o paciente pensa ou sente, pergunte. Existe alguma justificativa melhor para a sondagem?

2.6 Inter-relação

Examine as conexões ilógicas que o paciente apresenta em uma entrevista psicodiagnóstica. Da mesma forma que com a técnica da sondagem, o indivíduo pode revelar um pensamento distorcido, desordenado ou delirante. Se o seu paciente relacionar dois elementos aparentemente não-conectados, diga-lhe: "Espere! Eu não entendo o que é que A tem a ver com B. Por favor, ajude-me a ver a conexão entre eles!"

Beatriz, uma senhora de 39 anos, branca, casada e mãe de cinco filhos, suspeita de suas colegas. Ao ser questionada a respeito de suas experiências no trabalho, menciona o acidente de carro de seu filho e o relaciona com as mudanças recentes no seu horário de trabalho.

1. M: Como vão as coisas no trabalho agora?

P: Não sei. Os outros parecem me evitar.

2. M: Existe uma razão para isso?

P: Não sei. Poderia haver. Na semana passada, quando eles mudaram o meu turno da manhã para a tarde, meu filho teve um acidente de carro.

3. M: O que isto tem a ver com a mudança de turno?

P: Eles planejaram o acidente.

4. M: O que é que a mudança de turno tem a ver com o acidente do seu filho?

P: O acidente foi bem à tardinha. Era a primeira vez que eu tinha que estar no trabalho à tarde.

5. M: Eu ainda não entendo como o fato de a senhora trabalhar à tarde e o acidente do seu filho se relacionam.

P: O senhor não vê? Eles queriam que eu estivesse no emprego quando recebesse a notícia sobre o acidente; então poderiam ver a minha reação. Provavelmente esperavam que eu me desfizesse em pedaços. Mas não lhes dei essa satisfação. Não disse uma única palavra a ninguém quando recebi a notícia por telefone.

Os elementos da história de Beatriz se acham inter-relacionados por suas interpretações delirantes. O médico revela esses delírios perguntando à paciente de que forma a mudança no seu trabalho e o acidente de carro de seu filho se relacionam (Questões 3 e 5).

No diálogo anterior, o entrevistador solicita as conexões lógicas, mas não discute os sentimentos da paciente. Se desejasse um desabafo mais emocional, poderia ter dado continuidade à entrevista, dizendo:

6. M: A senhora deve ter se sentido arrasada quando percebeu que todos os seus colegas estavam de complô contra a senhora.

Em 80% dos casos, uma observação empática deste tipo leva o doente a exprimir suas emoções de forma intensa (Hopkinson e cols., 1981). Qual é o valor de tal descarga emocional? Permite ao entrevistador avaliar se o paciente experimenta sentimentos de culpa, de perseguição ou hostilidade. As inter-relações intelectuais podem revelar distúrbios do pensamento; as inter-relações emocionais, os distúrbios afetivos.

2.7 Síntese

O resumo é útil para os pacientes que dão respostas vagas ou circunstanciais, ou apresentam fuga de idéias ou associações pouco consistentes entre as idéias, como ocorre com os pacientes com transtorno bipolar ou claudomia. A síntese foca a atenção do paciente e lhe traz de volta o que você pensou a respeito do que ele disse. Utilize o vocabulário dele. Tome cuidado, pois a síntese pode induzir o paciente e mantenha-se atento para não colocar em sua boca palavras que não são dele.

Ron, um estudante de graduação, de 24 anos, solteiro, entrou em contato com o entrevistador inicialmente por telefone, com um certo grau de taquialia. (ver glossário: linguagem).

1. M: Você disse ao telefone que se sente péssimo. Conte-me um pouco mais sobre esses sentimentos.

P: O último domingo é um bom exemplo. Começou de repente, quando eu conversava com a Joana por telefone, no sábado à noite. Então eu me senti subitamente muito mal. No domingo, não queria me levantar. Finalmente saí da cama e corri as minhas 10 milhas. Eu tento manter dois dias de 10 milhas e dois de 15 milhas por semana.

2. M: Em que sentido você se sente péssimo?

P: Simplesmente excitado e nervoso.

3. M: E então, como transcorreu o resto do domingo?

P: Pensei que a corrida fosse limpar o meu sistema, como habitualmente acontece, mas ainda me sentia tenso e em pânico. Não conseguia fazer nada. Esse sentimento também me afeta quando estou com mulheres.

4. M: Você quer dizer que você sente dificuldade quando tem um encontro?

- P: Sim, sexualmente. Não consigo relaxar.
5. M: Tem dificuldade para ter ereção?
- P: Sim, costuma ser assim.
6. M: Você sempre tem esse problema?
- P: Não, só quando me sinto tenso e destruído e então é muito ruim. Isso varia.
7. M: Então você tem pequenos períodos freqüentes, em que se sente tenso e destruído, não consegue relaxar e tem problemas sexuais?
- P: É isso aí. Eu me sinto abatido, incapaz de me concentrar no meu trabalho e não quero fazer nada.

Na primeira resposta, o paciente descreve sentimentos "péssimos" de curta duração. Já que ele não desenvolve esses sentimentos (Resposta 2), é encorajado a ir adiante e se concentrar em um outro assunto: os problemas com as moças (Questão 4). Observe o modo como o entrevistador resume as declarações do paciente de forma que este concorde.

8. M: Há quanto tempo você se sente assim?
- P: Desde quando eu me lembro.
9. M: Alguma vez chega a ficar tão ruim a ponto de você pensar em causar dano a si mesmo?
- P: Habitualmente não. Eu posso até pensar nisso. A vida é preciosa, mas posso entender a tensão que algumas pessoas sentem quando saem, pegam uma arma e começam a atirar nas outras. Eu saberia como acabar comigo. Estou investindo em armas. Uma calibre 45 arrancaria toda a minha cabeça.
10. M: Aconteceu de as sensações serem tão ruins que você pensou ter ouvido vozes?
- P: (em silêncio, por uns instantes) Não, acho que não.

O entrevistador investiga sintomas psicóticos e a ideia suicida. Já que não há alucinações (Resposta 10) e os pensamentos suicidas são apresentados de uma forma teórica e não como uma preocupação que exija concretização (Resposta 9), o entrevistador decide que o paciente não está, no momento, deprimido em um nível psicótico, mas que sofre de alterações moderadas de humor depressivo. Portanto, ele explora a presença de humor normal (Questão 11) e eufórico (Questões 12 a 16), para verificar se o paciente sofre de um transtorno bipolar, com mudanças rápidas de humor (tipo ciclador rápido ou ciclotímico), ou com longos períodos de humor eufímico ou normal.

11. M: Você já se sentiu normal?
- P: Sim, mas eu realmente não sei o que é normal. Eu me sinto muito bem nos intervalos. Consigo trabalhar em um emprego e fazer a faculdade. E eu estou investindo; lido muito bem com o meu dinheiro.

12. M: Então você tem bastante energia?
- P: Sim, eu tenho. Mas sou principalmente tenso e irritável e me sinto a mil. Mas também consigo me sentir muito bem comigo mesmo.
13. M: Nesses períodos, como é que é o seu sono?
- P: Bem, por alguns dias eu estou sempre para cima e em ponto de bala.
14. M: Você quer dizer que não dorme a noite inteira?
- P: Não, eu durmo de 6 a 8 horas habitualmente, e estou completamente acordado e pronto para tudo pela manhã.
15. M: Alguma vez aconteceu de você fazer alguma tolice durante esses períodos de excitação?
- P: O que é que o senhor quer dizer?
16. M: Bem, gastar um monte de dinheiro, envolver-se demais com as namoradas, ou fazer coisas que você realmente lamenta depois?
- P: Bem, não, eu nunca faço nada que seja realmente uma loucura.
17. M: Então você tem períodos curtos que o tornam tenso e irritável, mas também fazem você se sentir bem em outros momentos. Mas esses sentimentos nunca interferem com o seu sono ou o levam a fazer coisas irresponsáveis.
- P: É isso mesmo.

O entrevistador *sintetiza* sua impressão de hipomania e consegue a concordância do paciente (Questão 17). Então retorna para a avaliação do humor normal (Questões 18 a 21).

18. M: Eu sei que já perguntei antes, mas existem períodos normais em que você não está nem para baixo nem a mil?
- P: Você quer dizer períodos em que as coisas vão bem e eu não me sinto nem muito excitado nem desanimado?
19. M: É isso mesmo. Períodos em que as coisas parecem entrar nos eixos e andar por si mesmas.
- P: Sim, no ano passado eu tive um semestre bastante bom.
20. M: E então você se sente bem por vários meses?
- P: Habitualmente não tantos assim. Somente uns poucos meses e eu começo a piorar de novo.
21. M: Eu vou resumir. O que você me descreveu soa como se estivesse em uma montanha-russa, indo para cima e para baixo. As descidas parecem mais problemáticas do que as subidas, mas as descidas profundas raramente duram mais do que uns poucos dias. E não parece haver muitos trechos retos ou períodos em que você se sinta normal.
- P: É isso. É exatamente assim que eu me sinto.

O entrevistador resume a sua impressão diagnóstica de um transtorno bipolar leve ou possivelmente um transtorno ciclotímico (Questão 21).

Um outro método de resumir, especialmente bom para pacientes que poderiam facilmente se sentir intimidados, é aliciar a sua ajuda da seguinte forma: "Eu quero ver se tenho uma boa idéia sobre aquilo que estivemos conversando: então vou repetir o meu entendimento do que nós conversamos nas minhas próprias palavras e quero que o senhor corrija qualquer erro que eu tenha cometido".

As sete técnicas de esclarecimento — especificação, generalização, revisão de sintomas, perguntas diretas, sondagem, inter-relação e síntese — esculpem o contorno dos sintomas e avaliam as interconexões dos elementos dentro de um determinado tema; elas estão basicamente centradas no paciente. Já as técnicas de condução, explicadas a seguir, auxiliam o entrevistador a dirigir a atenção do paciente de um elemento para outro e de um tema para outro. O médico é como o capitão do navio que diz ao timoneiro, o paciente, qual curso seguir. A condução está mais centrada no entrevistador do que as técnicas de esclarecimento.

3 Técnicas de condução

É necessário percorrer um vasto território para fazer um diagnóstico válido. De que maneira se passa de um tema para o seguinte, redirecionando o paciente sem suprimi-lo? As técnicas de condução oferecem um meio para manter a entrevista dentro do curso desejado. As técnicas incluem a continuação, o eco, o redirecionamento e as transições.

3.1 Continuação

A continuação é a mais simples das técnicas de condução. São as formas de encorajar o paciente a continuar contando sua história e indicar que o rumo está certo. Revela ao paciente que ele está fornecendo informações úteis do ponto de vista diagnóstico. A técnica inclui gestos, manter o contato visual e afirmações do tipo:

- "O que aconteceu então?"
 "Fale mais sobre isso."
 "Certo."
 "Mais alguma coisa?"
 "Interessante..."
 "Quero ouvir mais."
 "Acho que isso é importante."
 "Prossiga."
 "Continue falando."

A vantagem desta técnica é que você permite ao paciente relatar sua história com suas próprias palavras; não sugere nenhum sintoma.

Na entrevista seguinte, Gary, um guarda de segurança, 31 anos, branco, solteiro, fala a respeito de alterações recentes em seus sentimentos, que indicam um humor eufórico, como o que é visto na mania ou no abuso de cocaína ou de anfetamina. Já que essa informação é útil para um diagnóstico, o entrevistador convida o paciente a continuar sempre que ele pára de falar:

1. M: Que tipo de problema o trouxe aqui?
- P: Nos últimos 10 dias, eu não tenho conseguido dormir.
2. M: Hmm.
- P: Simplesmente não consigo adormecer. Posso no máximo cochilar por 1 ou 2 horas, já pela manhã.
3. M: Sim.
- P: E não me sinto cansado durante o dia. (sobe o volume da voz)
4. M: (acena afirmativamente com a cabeça)
- P: No último fim de semana, eu estava em casa com a família. Eles me incomodaram muito. Nós nos envolvemos em várias discussões e eu comeci a bater as portas novamente.
5. M: Mais algum problema?
- P: Bem, telefonei para os meus amigos e tentei combinar alguma coisa para sábado à noite.
6. M: (arqueia as sobrancelhas)
- P: Meus dois amigos me disseram: "Você está novamente gritando ao telefone. Você tomou alguma coisa?"
7. M: Aconteceu mais alguma coisa?
- P: Sim. Nós saímos e eu me sentia muito atraído pelas mulheres. Eu fiquei tão excitado, que, por duas vezes, tive que ir ao banheiro para me masturbar.
8. M: Hmm.
- P: Bem, quando voltei para casa, tive todas essas fantasias de fazer sexo por trás e eu poderia fazer sem ter que me preocupar com bebês.
9. M: O que ocorreu então?
- P: Bem, me masturbei a noite inteira e tive fantasias selvagens. Eu me sentia no céu, mas só tomei umas duas ou três cervejas.
10. M: Conte mais.
- P: Eu me sinto tão inquieto. Tento não falar tanto, mas é difícil. Um dia desses, acho que a medicação vai me ajudar, ou eu vou acabar ajudando a mim mesmo. Contudo, não cheguei lá ainda.

Evitam-se as intervenções diretivas, o que permite ao paciente falar a respeito de si mesmo, escolhendo a sua escala de importância mais do que a do entrevistador.

3.2 Eco

Ecoar significa repetir a parte da resposta do paciente sobre a qual você deseja que ele discorra. Esta técnica é diferente da continuação, uma vez que você enfatiza, de forma seletiva, certos elementos das declarações ouvidas, e assim o induz a prosseguir com as partes destacadas mais do que com as outras. Essa técnica pode ser utilizada quando o paciente oferecer vários indícios, dentre os quais você deseja explorar um especificamente.

Bernadete, uma mulher de 36 anos, branca, casada, uma mãe que não trabalha fora de casa, descreve os seus problemas de um modo rápido e circunstancial. O entrevistador ecoa os problemas relatados e decide ignorar a declaração que ela havia preparado.

1. M: Como vão as coisas?

P: Elas não vão bem, mesmo. De fato, eu fiz uma lista com todos os problemas que eu venho tendo nas duas últimas semanas. Eu tomei notas todos os dias. Meu marido concorda comigo, e ele e eu pensamos que posso ficar doente novamente.

2. M: A senhora pode ficar novamente doente?

P: Sim, eu acho.

3. M: O que a faz pensar assim?

P: Eu não faço o trabalho de casa e sou péssima com o meu marido e com as crianças. Deve estar sendo horrível viver comigo. Mas, deixe-me ler as minhas notas, dia a dia. O senhor quer ficar com elas?

4. M: A senhora disse que está péssima com o seu marido.

P: Eu fico ríspida e mal-humorada com ele. Fico sem nenhuma paciência. Dá vontade de arrancar a cabeça dele, quando, na verdade, ele não fez nada. Mas eu escrevi tudo aqui.

5. M: Então a senhora está muito mal-humorada com ele?

P: Sim, e eu estou horrível com as crianças. Grito sem nenhum motivo e estou tão tensa e irritável! Diz aqui nas minhas notas que eu até espanquei meu filho menor, só porque ele tinha me feito a mesma pergunta duas vezes. Parece ficar pior quando não durmo bem.

6. M: A senhora não consegue dormir?

P: Acordo às 4h30min da madrugada e não consigo mais dormir, mas também não quero sair da cama. Fico tensa e chateada. Mas aqui (aponta para o diário) eu tenho tudo anotado, de uma maneira muito mais sistemática. O senhor não quer ouvir?

7. M: Quero ouvir da senhora. Pode deixar as notas comigo para mais tarde.

P: Bem, eu não sei muito organizada. Tenho uma dificuldade incrível para colocar os meus pensamentos em ordem. Não consigo ficar em um mesmo tema por muito tempo. Meu marido diz que, se eu continuar assim, vou acabar indo de novo para o hospital.

8. M: Então a senhora não consegue se concentrar?

P: Sim. Começo a cozinhar, começo a costurar, telefono para algumas pessoas, começo a limpar e parece que não termino nada. Nada chega a ser concluído.

9. M: Então você começa várias coisas sem concluir nada.

P: Sim. Isso é típico das minhas euforias negativas.

O entrevistador *ecoa* seletivamente algumas das formulações da paciente para trazer à tona alguns sintomas do seu transtorno do humor: perda de energia, irritabilidade, acordar cedo pela manhã, distraibilidade, aumento da atividade e a sensação de uma euforia negativa. Sem a verificação dos sintomas, ele obtém um perfil de sintomas típico de um episódio misto, com sintomas maníacos e depressivos, tal como se observa em 30% dos pacientes bipolares. A técnica de ecoar é útil com pacientes que apresentam distraibilidade e taquialalia.

3.3 Redirecionamento

A técnica do redirecionamento solicita ao paciente que deixe de divergir da linha mais importante e pede que retorne ao tema principal. Utilizado quando os pacientes divagam, se perdem em detalhes irrelevantes, ou discutem os problemas de outras pessoas, o *redirecionamento* é indicado para aqueles que apresentam fuga de idéias, linguagem tangencial, taquialalia e circunstancialidade.

Stacy, uma estudante universitária de 25 anos, branca, tem muita dificuldade para se ater a um tópico. O entrevistador a redireciona para fazê-la falar de si mesma. Isso cria um conflito entre os objetivos da paciente e os do entrevistador.

1. M: O que a trouxe aqui?

P: Eu acho que estou tendo uma crise. Eu fui para a sala de emergência ontem à noite, e hoje pela manhã e então esta tarde novamente. Eles me disseram para voltar e consultar com o senhor.

2. M: O que é que parece ser o problema?

P: Estou vivendo com o Frank. Ele me disse para jogar fora toda a minha medicação. O senhor sabe que ele mesmo tem problemas mentais. Mas quer um ficaria doente tocando música a noite inteira, fumando maconha e usando drogas.

3. M: (interrompe) Stacy, por que não ficamos com os seus próprios problemas?

P: Certo. Bem, ontem à noite eu telefonei para casa. Minha mãe não estava, somente a minha irmã. O senhor sabe que ela está namorando esse negro e...

4. M: Deixe-me interrompê-la. Eu quero saber: por que você foi para o serviço de emergência ontem?

P: Certo. Depois que eu falei com a minha irmã, fiquei chateada; acho que porque ela está tocando a sua vida. Os meus pais não gostam nada do que ela está fazendo...

5. M: (interrompe) Então você ficou chateada com ela?

P: Sim, e comecei a beber cerveja e comi uma pizza. E então me lembrei que eu não deveria fazer isso enquanto estou usando Parnate.

6. M: Então você saiu fora da sua dieta?

P: Sim, mas fiquei com medo de que a minha pressão subisse demais e então fui para a emergência. A minha mãe vai ficar furiosa...

7. M: Stacy, vamos falar a respeito de você ter abandonado a dieta. Você estava chateada, você disse?

P: Sim, eu não tenho estado nada bem, ultimamente. Os meus pensamentos parecem acelerados. No último fim de semana, fiquei na cama por dois dias e aí estou acordada desde então. Eu falei para o Frank. O senhor sabe, o Frank é...

8. M: Stacy, vamos voltar aos seus próprios problemas.

P: Bem, eu queria fazer sexo com o Frank. Ele disse: "Você está ficando doente de novo. Quero que você volte para o seu próprio apartamento". O senhor sabe, ele sabe como ser um verdadeiro canalha. Agora ele decidiu ser correto.

9. M: Então o Frank tentou colocá-la na rua?

P: Ele está realmente preocupado comigo e quer que eu me cuide bem.

10. M: Então, nessa vez ele queria que você fosse embora?

P: Aquilo me deixou muito transtornada. Telefonei para casa e só estava a minha irmã, o que não ajudava nada. Isso me lembrava do que ela está fazendo consigo mesma.

11. M: Então você ficou transtornada? Antes de ficar transtornada, você já estava bastante inquieta?

P: Certo. Eu acho que o problema sou eu e que isso não tem nada a ver com o Frank ou com a minha irmã. Tenho medo de que as vozes voltem também. Ontem parecia que as coisas estavam voltando a ter um sentido diferente.

O entrevistador interrompe Stacy continuamente para rediregi-la (Questões 3, 4, 5, 7 e 8) e ajuda-a a se concentrar na tarefa de descrever os seus problemas e sintomas.

Apesar dos esforços do entrevistador, o rendimento é pequeno em relação à duração da entrevista, como mostra o exemplo.

3.4 Transições

Durante a entrevista, é necessário cobrir vários assuntos (ver Capítulos 4 a 6). Você tem que induzir o paciente a mudar de tema. Por isso, você necessita de diferentes tipos de transição: suave, acentuada e abrupta. A escolha da transição depende do estado mental do paciente. Um paciente desatento, por exemplo, pode focalizar melhor se um novo tema for acentuado, enquanto o paranóide pode ficar desconfiado com esse procedimento.

Transições suaves

As transições suaves levam de um assunto ao seguinte com facilidade, dando a impressão de que a conexão é evidente. Aqui oferecemos alguns exemplos. Existem dois tipos:

Relação entre causa e efeito: Você parte do pressuposto de que um certo fato possa afetar o funcionamento do paciente. Alguns exemplos são o abuso de drogas e os seus efeitos, acontecimentos da vida e suas consequências ou uma doença física e o seu impacto.

Greg, um estudante de Ensino Médio, 16 anos, americano, negro, fala a respeito do seu problema com o hábito de cheirar cola.

P: A cola arruinou a minha vida. Tudo que eu penso é cobrir a cabeça com um saco plástico e cheirar cola de avião.

M: E isso afetou seu desempenho escolar?

P: Sim, está péssimo. Nem quero ir à escola e, quando vou, me sinto aturdido.

M: Afetou sua saúde?

P: Eu me sinto tonto, meu coração bate mais rápido e eu desmaio.

M: Cheirar interferiu com o seu sono?

P: Sim, às vezes eu durmo durante o dia e não consigo dormir à noite.

O entrevistador dirige a atenção do paciente da ação de cheirar cola para os sintomas de depressão e a sua gravidade, relacionando-os em termos de causa-e-efeito. Uma transição desse tipo funciona se a relação causal é evidente para o indivíduo. Com alguém delirante e que desconfia de qualquer coisa nova, diferente, as transições leves funcionam melhor. Do contrário, a resposta dele será:

"O que aquilo tem a ver com isso?"

"Que pergunta boba!"

"Eu não vou responder uma pergunta boba como essa."

"Por que o senhor está me perguntando isso?"

A transição causa-e-efeito do tipo suave funcionou bem com um paciente delirante, operário de linha de montagem, branco, solteiro, de 27 anos de idade. O entrevistador utiliza a queixa apresentada e estabelece as conexões com perguntas que avaliam a personalidade pré-mórbida.

M: Você me disse que o pessoal do trabalho anda tramando contra você, e diz que isso realmente provocou-lhe uma modificação. Diga-me: que tipo de pessoa você era antes que toda essa conspiração começasse a perturbá-lo?

P: Era bastante solitário, mas sempre tinha um ou dois amigos. Agora não tenho ninguém.

A transição causa-e-efeito motiva o paciente a responder, já que sente que o entrevistador aceita o seu ponto de vista (enquanto sua experiência habitual é que o seu ponto de vista seja rejeitado).

Relação temporal: A transição entre os sintomas é suavizada por meio da conexão deles a um mesmo ponto no tempo.

M: Kathleen, quando você teve os ataques de pânico, você percebeu quaisquer outras mudanças?

P: Sim, o sono não estava nada bem. Eu acordava no meio da noite e não conseguia voltar a dormir.

M: E o apetite, como estava nessa época?

P: Eu me forçava a comer, mas, mesmo assim, perdi vários quilos.

M: E a sua vida social como estava?

P: Queria me esconder em casa e não ver ninguém.

Neste exemplo, a transição suave reúne os sintomas que fazem parte da mesma síndrome. Em outros casos, você pode usar o tempo como ponto de referência para mudar para um outro assunto completamente diferente. Por exemplo, quando um paciente lhe conta a respeito dos seus problemas médicos, mas você quer investigar mais detalhadamente a história social, pode dizer: "Quando teve todos aqueles problemas médicos, como é que você estava com a sua esposa e como andavam as coisas no seu trabalho?"

Transições acentuadas

As transições acentuadas enfatizam a mudança de assunto; elas separam o novo tema dos anteriores, assim como:

"Agora vamos examinar..." (anamnese, por exemplo).

"Vamos mudar para uma outra área."

Uma transição acentuada pode ser introduzida fazendo-se um resumo do que se ouviu antes de abordar o novo tópico, como:

"Agora já sei como cheirar cola afetou a sua vida. Agora vamos falar sobre algo diferente. Você teve algum problema de disciplina enquanto esteve na escola?"

Pode ser usada uma transição acentuada para separar as fases da entrevista diagnóstica — assim como está explicado no Capítulo 7 — e como uma introdução à testagem das funções do estado mental (ver Capítulo 5). Eis aqui alguns exemplos ilustrativos:

"Acredito que já cobrimos um bom território e sinto que entendo a maioria dos seus problemas. Antes que eu lhe faça as minhas recomendações, gostaria de incluir mais um ponto que não parece relacionado com nenhum dos seus problemas. Gostaria de saber como você responderia a algumas perguntas-teste, que mostram um pouco como estão a sua memória e a sua capacidade de concentração."

"Nós ainda não discutimos como a sua memória ou o seu raciocínio podem ser afetados por esses problemas."

"Você se importaria se eu fizesse algumas perguntas de um teste padronizado para verificar sua capacidade de concentração?"

Sem uma explicação adequada para a mudança de assunto, um paciente que, por exemplo, apresenta um problema conjugal, pode ficar surpreso ao ser submetido a um teste de concentração, como subtrair 7 de 100, de 7 em 7. Pode-se, no entanto, conseguir a sua cooperação, se ele for preparado para isso.

As transições acentuadas reavivam a atenção do paciente e o ajudam a dar-se conta de quantos assuntos diferentes já foram discutidos. Os deprimidos e esquizofrênicos podem animar-se. Os pacientes maníacos, que se distraem com facilidade, conseguem recolocar a atenção em foco novamente. O paciente obsessivo-compulsivo, com pensamento circunstancial, pode sentir-se estimulado pelo novo assunto e cooperar mais.

Transições abruptas

As transições abruptas introduzem um novo assunto praticamente sem aviso prévio. São frequentemente desajeitadas, constrangedoras e o seu uso é pouco prudente.

"Agora, eu vou examiná-lo."

"Vamos ver: que dia é hoje?"

"Agora eu quero lhe fazer algumas perguntas que você pode achar bobas."

"O que eu quero lhe perguntar é o seguinte..."

"Está bem, mas ainda tem o seguinte..."

Entretanto, as transições abruptas são úteis com os pacientes que mentem ou que simulam sintomas, pois podem pegá-los desprevenidos.

O sr. Martins, um homem branco de 43 anos, foi internado no hospital da Administração dos Veteranos queixando-se de graves distúrbios de memória, devidos à exposição ao Agente Laranja durante a Guerra do Vietnã.

1. M: Oi, sr. Martins, se lembra de mim? Eu conversei com o senhor na semana passada.

P: Sim.

2. M: E como foi o fim de semana?

P: Eu estava fora.

3. M: E como foi?

P: Não consigo me lembrar...

4. M: Eu quero que o senhor lembre de três coisas: olho, marrom e justiça. O senhor poderia repeti-las para mim?

P: Sim, olho, marrom e justiça.

5. M: O senhor assistiu TV durante o fim de semana?

P: Sim, sobre o Oriente Médio. Sobre uma confusão que eles têm lá.

6. M: Isso o preocupa em especial?

P: Sim, eu me preocupo com a guerra, especialmente no Oriente Médio.

7. M: De quais os líderes o senhor tem receio?

P: Não lembro os nomes deles.

8. M: Como está a sua esposa?

P: Ela foi embora quando eu voltei para casa.

9. M: O senhor pode lembrar das três coisas?

P: Marrom, e... não sei. Mas pode ser que me venha, se esperar um pouco.

10. M: Qual o nome do líder do Iraque?

P: Não me lembro.

11. M: O senhor sabe quem é Saddam Hussein?

P: Ele não é o líder do Iraque?

12. M: Lamento saber disso a respeito de sua esposa. O que o senhor fez depois que ela foi embora?

P: Eu escrevi uma carta para ela, dizendo como eu ficara desapontado com o fato de ela ter saído de casa quando eu voltei, e também disse para essa filha da puta, que, se ela queria me deixar, que fosse embora mesmo. Mas então eu disse que ainda a amava e que gostaria que as coisas ainda funcionassem entre nós.

13. M: O senhor lembra quais eram as três coisas?

P: Não, somente marrom, como já lhe disse antes.

14. M: Na semana passada, o Dr. X. também lhe pediu para lembrar de três coisas. O senhor se lembra quais eram?

P: Não.

15. M: Uma delas era um animal. O senhor lembra qual?

P: Não.

16. M: Naquela ocasião, o senhor também não lembrou. O que o senhor lhe disse?

P: Eu lhe disse "elefante".

17. M: Certo. Mas ele lhe pediu para lembrar "leão".

P: Sim, agora está me voltando à memória.

O entrevistador salta para diante e para trás entre três assuntos: televisão (Questões 5, 7 e 11), problemas conjugais (Questões 8 e 12) e a memorização de três itens (Questões 4, 9, 13 e 17). O paciente afirma não lembrar o que se passou no fim de semana, mas lembra as notícias que viu na TV. Começa a falar sobre o conflito no Oriente Médio, mas então alega esquecimento (Questão 10), quando parece se dar conta de que essa lembrança envolve a memória. O senhor Martins também se lembra do conteúdo da carta que escrevera à sua esposa. Parece que ele não tinha percebido que a sua memória estava sendo testada, pois, do contrário, teria se dado conta que essas lembranças estavam em contradição com a sua alegada amnésia global.

Quanto à testagem formal da memória (lembrar três itens), ele alega haver esquecido os itens que o examinador lhe oferecera, mas lembra da resposta errada (elefante) que dera na semana anterior. Essa inconsistência não é compatível com um transtorno grave de memória anterógrada.

As transições abruptas têm o efeito de um exame cruzado (Othmer e Othmer, 1994). Elas evitam que o paciente mantenha sob controle aquilo que quer representar. Revelam as inconsistências. São o detector de mentiras de uma entrevista. O sr. Martins só coopera superficialmente. Ele não fala da necessidade de compensação ou atenção que pode estar subjacente às suas simulações. Seu comportamento nos leva ao próximo conjunto de técnicas utilizadas com pacientes com resistência.

2. RESISTÊNCIA

Nesse contexto, resistência refere-se ao esforço consciente e voluntário por parte do paciente para evitar um determinado assunto. A resistência pode-se manifestar sob diversas formas. A mais clara é a recusa aberta e franca:

"Prefiro não falar sobre isso agora."

"Não quero discutir isto com o senhor."

"Vamos falar sobre outra coisa."

Uma forma indireta de resistência é a tentativa, por parte do paciente, de distraí-lo da meta de perseguir um assunto: ele pode responder sucintamente às suas perguntas ou não responder em absoluto. Pode começar a falar intensamente sobre outro assunto, se expressar de modo vago, mostrar relutância na expressão facial ou, então, fazer pausas antes de responder. Por fim, ele pode tentar desviá-lo com expressões do tipo:

"Isso realmente não me incomoda."

"Não é uma das minhas maiores preocupações."

"Há coisas mais importantes com que se preocupar."

Tenha em mente as duas razões mais comuns para a resistência: 1) o desejo de manter uma imagem e/ou 2) incerteza quanto à resposta do entrevistador e medo de se ver exposto à rejeição ou ao ridículo por parte dele. Na entrevista inicial, a maior parte dos pacientes tenta se apresentar sob uma boa luz e não se sentir embaraçado ou visto como "louco". Os pacientes se preocupam a respeito de como o entrevistador poderá responder à revelação de obsessões "sem sentido", medos "bobos" ou alucinações "estranhas", e podem tentar, inicialmente, evitar revelá-las.

O terapeuta precisa reconhecer e saber lidar com a resistência. Você deve escolher entre tolerá-la ou persuadir o paciente a superá-la. Se a resistência se restringe a um determinado assunto em particular e não interfere com a comunicação, você pode respeitar a privacidade dele e prosseguir para um outro ponto. Do contrário, com frequência não há outra opção a não ser apontar a essa resistência.

Utilize uma das seis estratégias: expressar aceitação, confrontação, confrontação com as consequências (ver adiante: Manejo das defesas), deslocamento e substituição, exagero e indução à fanfarronice.

Expressão da aceitação

Quando alguém mostra relutância em falar, mas não se recusa abertamente a tanto, isso frequentemente indica uma preocupação a respeito do ridículo. Se o entrevistador expressa aceitação dos pensamentos e sentimentos do paciente, este se sente compreendido. Livre de qualquer avaliação moral, a aceitação não condena nem elogia. Para auxiliá-lo a superar a resistência, encoraje-o, verbalize o que parece implícito e diga-lhe que o compreende.

Sharon, uma estudante de direito, negra, americana, de 25 anos, procura o ambulatório. Ela tem agorafobia, mas hesita em falar sobre isso. O entrevistador a ajuda a superar a resistência ao oferecer compreensão e expressar aceitação.

1. M: Que problema a trouxe aqui, Sharon?
P: É realmente tudo tão ridículo que, se eu lhe contar, o senhor simplesmente vai rir.
2. M: Experimente para ver como eu reajo.
P: Eu sei que o senhor vai rir. Por que eu deveria tentar?
3. M: Você tem medo de que eu não a compreenda e ria de você?
P: Sim, é exatamente assim que eu me sinto.
4. M: Deve ser horrível não poder falar com ninguém sobre o que a está incomodando. Eu gostaria de tentar ajudá-la a se sentir melhor.
P: Como é que poderia, se é tudo tão ridículo?
5. M: Para você não é ridículo. Você está falando sério, Sharon. E está assustada.
P: O senhor realmente compreende?
6. M: Bem, você não me disse, mas eu sinto que está com medo. Isso deve realmente torturá-la.
P: O senhor está certo, e é tão ridículo. Sempre que eu atravesso o *campus*, todos olham fixamente para mim. Eles se sentam à frente de suas casas e todos olham para mim.
7. M: Eles olham para você? Isso deve ser desconfortável.
P: Parece que sou a única pessoa a andar pelas ruas. Todos os negros gostam de se sentar em frente às suas casas, no verão. Só me sinto melhor quando já cheguei ao *campus*.
8. M: Então você se sente muito mal, andando pela rua, passando por aquelas casas com as pessoas que a olham fixamente.
P: Sim, eu odeio isso. Simplesmente fico com tanto medo! Tenho notas tão boas na faculdade de direito, mas fico tão ansiosa, que não consigo nem conversar com as pessoas da minha família, quando elas vêm a nossa casa.
9. M: Eu compreendo como se sente. É como se você passasse por um corredor polonês, e eu compreendo como isso pode ser uma provação. Você está fazendo a coisa certa em me falar a respeito. É a única maneira de eu poder entender seus sentimentos e ajudá-la.

O paciente fóbico usualmente não tem medo apenas de certos objetos ou situações, mas teme falar a respeito do seu medo. *Expressar aceitação* auxilia a superar este medo e pode resolver a resistência a revelar os temores a respeito do pânico e da fobia.

Confrontação

A confrontação foca a atenção do paciente na resistência. Aumenta a acuidade da sua consciência e pede uma explicação. Utilize esta técnica quando observar ou

indícios comportamentais, tais como evitar contato pelo olhar, corar, engolir repetidamente, afeto visivelmente contido, tensão, inquietação, ou se o paciente falar de modo censurado e por monossílabos, tentar distrair o entrevistador ou dissimular, isto é, minimizar os sintomas ou divagar excessivamente.

O entrevistador confronta Mildred, uma secretária branca de 34 anos, solteira, com um indício comportamental de resistência. Mildred fala sobre o isolamento e a frustração no trabalho. Enquanto fala, olha fixamente o entrevistador, se torna inquieta, faz pausas repetidas e então recomeça a falar.

1. M: Mildred, eu observei que você frequentemente olha para mim sem piscar.
P: O que o senhor quer dizer? (ela enrijece a postura)
2. M: Eu me refiro a que você olha para mim longamente sem piscar.
P: Acho que é somente um hábito (a paciente enrubresce).
3. M: Você tem consciência disso?
P: Então o senhor notou (pausa). Eu temia que o senhor notasse. Tenho esse problema desde que eu tinha 15 anos e tive uma infecção nos olhos (conta uma história longa e sinuosa da sua infecção ocular).
4. M: Então, o que é que essa infecção fez aos seus olhos?
P: Desde a infecção nos olhos, eu penso em piscar quando olho para as pessoas.
5. M: Poderia explicar?
P: Eu sempre fico pensando quando seria natural piscar.
6. M: Hmm.
P: Quando olho para alguém, sempre me preocupo com quando piscar. Se olho para a pessoa durante muito tempo e não pisco, as pessoas pensam que eu as estou encarando. Mas, quando pisco, penso que não é natural, pois fiz isso voluntariamente.
7. M: Por que você não queria falar sobre isso?
P: É tão constrangedor. O senhor deve pensar que eu estou louca.

Ao ser confrontada com o seu hábito de encarar as pessoas, Mildred minimiza a significação do seu comportamento (Resposta 2). A *confrontação* repetida (Questões 3, 5 e 7) produz uma ampla explicação dos seus sinais e sintomas, e ela deixa de lado a resistência. Essa confrontação deu início à discussão de suas obsessões e compulsões.

O sr. Nelson, um advogado de 57 anos, branco, casado, foi confrontado com a razão irracional de sua resistência.

1. M: Sobre que tipo de problemas o senhor gostaria de conversar?

P: Tenho pensado muitas e muitas vezes sobre se eu seria capaz de adormecer hoje à noite. Simplesmente me diga se poderia me fazer mal eu tomar 10 mg de Ambien quando não consigo dormir.

2. M: De que maneira o senhor pensa que esse medicamento poderia lhe fazer mal?

P: O meu organismo pode ter falta de enzimas, e a droga poderia se acumular.

3. M: O que o senhor teme que poderia acontecer?

P: A minha respiração pode parar e eu posso não acordar mais. Diga-me se existe uma chance de que isso possa acontecer. Eu me preocupo a respeito dessas coisas. Mas, se eu não tomo o medicamento, eu posso não conseguir adormecer. Assim, eu estou realmente numa sinuca. Vou me dar mal se eu fizer e vou me dar mal se eu não fizer.

4. M: Esses são os únicos pensamentos que lhe vêm continuamente à cabeça?

P: Sim, essas preocupações.

5. M: Existe algum outro pensamento? Você tem algum outro tipo de preocupação repetitiva?

P: Como o quê?

6. M: Alguns pacientes ficam se perguntando quantos ladrilhos há no assoalho ou quantas cadeiras há na sala e sentem que precisam contá-los. Você nunca teve uma experiência semelhante?

P: Eu não quero falar sobre isso agora.

7. M: Então, você só pode falar a respeito de suas preocupações, mas não sobre os outros pensamentos.

P: Certo.

8. M: O que é que há de tão diferente a respeito desses outros pensamentos?

P: São tão bobos e embaraçosos.

9. M: Então você não quer se sentir envergonhado, mas é muito importante para mim entender completamente o seu problema.

P: Não poderei voltar a falar com o senhor se eu lhe contar a respeito. Eu me sinto envergonhado demais. Como advogado, não deveria ter esses problemas.

10. M: Então, os advogados são imunes a certas doenças?

P: Está bem... Eu sempre penso se me limpei. E sempre tenho que desviar as minhas costas das pessoas, para que não sintam o cheiro. Eu sei que isso não faz sentido. Eu me lavo, mas isso me tortura sempre.

Inicialmente, o sr. Nelson falou a respeito de insônia (Questões 1 a 4). Uma preocupação é semelhante a uma obsessão no que diz respeito à natureza intrusiva e ao desconforto emocional, mas, ao contrário de uma obses-

são, ela é egodistônica, isto é, o paciente se identifica com uma preocupação, mas não com um pensamento obsessivo. Tomando as preocupações como indicio, o entrevistador pergunta a respeito das obsessões, mas o entrevistado resiste abertamente a uma exploração desse assunto (Questões 6 e 7). A confrontação com a resistência (Questões 8 a 10) obteve a revelação da obsessão e da compulsão a ela relacionada.

A sra. Finch, branca, de 38 anos, admitia sentir-se nervosa à noite, mas negava quaisquer outros problemas. Ela foi confrontada com sua dissimulação dos sintomas.

1. M: O que vem lhe perturbando, sra. Finch?
P: À noite, me sinto nervosa.
2. M: Como a senhora se sente durante o dia?
P: Eu me sinto bem, só nervosa à noite, isso é tudo.
3. M: Bem?
P: Sim. Bem (a paciente olha para o teto e parece ouvir alguma coisa e, então, olha para baixo).
4. M: A senhora está ouvindo alguma coisa?
P: Não, eles não me incomodam mais.
5. M: Não a incomodam mais? O que é que a senhora quer dizer?
P: Agora eu os superei.
6. M: A senhora quer dizer que não os ouve mais?
P: (a paciente olha para cima, para a saída do ar condicionado, balança a cabeça e murmura) Silêncio! Não, não, não.
7. M: A senhora quer dizer que eles não falam mais com a senhora?
P: Eu lhe disse que eles não me incomodam mais (olha irritada para o teto).
8. M: Desde que começamos a conversar, notei que eles devem estar falando com a senhora através da saída do ar condicionado.
P: Por que o senhor diz isto?
9. M: Bem, a senhora simplesmente olhou para lá, fez uma cara feia e retrucou para eles.
P: Então o senhor também os ouviu? A minha irmã sempre diz que eu estou falando bobagens. Mas minha mãe e minha irmã simplesmente não me deixam em paz. Elas aparecem sorrateiramente e dizem aquelas coisas maldosas e horríveis.
10. M: Então, a senhora ouve através do ducto do condicionador de ar, mesmo que elas estejam a quilômetros de distância?
P: Com certeza, elas são sorrateiras.
11. M: Mas a senhora me disse que não estava ouvindo vozes.
P: Certo. Eu não estou imaginando nada. O senhor sabe, se eu disser que eu ouço vozes, o senhor vai

pensar que eu sou louca e que estou imaginando coisas.

A confrontação com o seu comportamento — ouvir e responder para o ducto do ar condicionado — fez surgir as alucinações da paciente.

Confrontação com as consequências

Para utilizar esta técnica, você precisa estar ciente das intenções do paciente, pois ela baseia-se na gratificação das suas necessidades. Se o paciente está desesperado por obter algum resultado (sair do hospital, conseguir seu filho de volta do orfanato, consultar um advogado), a perspectiva de satisfação pode ajudar a superar a resistência. Essa estratégia é útil com pacientes que se recusam obstinadamente a interagir com você.

A sra. McQueen é uma mulher branca, casada, com 23 anos, que foi trazida pelo marido ao serviço de emergência por conta de, por várias vezes, cortar os pulsos. Seu marido contou que ela fora uma dona-de-casa desleixada durante a maior parte do seu casamento e que tinha sido negligente em relação aos dois filhos, passando seu tempo com uma amiga em vez de cuidar das necessidades da família. Quando ele a criticava, ela tinha acessos de fúria e recentemente começara a se automutilar. O humor, o sono e o apetite não haviam se alterado; de acordo com ele, ela não tinha alucinações ou delírios. Na sala de emergência, a paciente gritava e tinha acessos de raiva; caiu em um estado de mutismo quando internada a pedido do marido.

A paciente está deitada no leito, com a cabeça enterrada nas mãos. Recusa-se a reconhecer a presença do entrevistador, mas lança olhares por entre os dedos.

1. M: Oi, sra. McQueen. Sou o dr. O. e gostaria de conversar com a senhora.
P: (sem resposta)
2. M: Será que a senhora poderia me dizer por que seu marido a trouxe aqui?
P: (sem resposta)
3. M: A senhora sabe que seu marido planeja mandar recolhê-la a um asilo?
P: (sem resposta)
4. M: A senhora pensa que ele está certo ao fazer isso?
P: (sem resposta)
5. M: A senhora gostaria de sair daqui?
P: (sem resposta)
6. M: Eu acho que, nas circunstâncias atuais, o melhor para a senhora seria descansar um pouco. A senhora parece dizer: "Deixem-me em paz, até que eu esteja pronta para falar." Por que eu não faço

isso, não é mesmo? Eu posso voltar na próxima semana para conversarmos. A senhora quer que eu a deixe ficar aqui até a próxima semana e então volte?

- P: (balança a cabeça)
7. M: A senhora quer dizer que não quer tirar uma semana de descanso?
P: (balança a cabeça)
8. M: Quer que eu fique e converse com a senhora?
P: (sem resposta)
9. M: Certo. Talvez seja melhor eu voltar mais tarde. Assim está bem?
P: (sem resposta)
10. M: A senhora quer ficar?
P: (balança a cabeça)
11. M: A senhora quer sair daqui?
P: (balança a cabeça de modo afirmativo)
12. M: Certamente, se a senhora quer sair daqui, nós temos que esclarecer algumas coisas.
P: (falando por entre os dedos) O senhor está mentindo. Não vai me deixar sair.
13. M: Eu tenho que deixá-la ir. Não posso mantê-la aqui se não houver nenhuma razão para isso. Isto não é uma prisão.
P: (levanta-se da cama e começa a caminhar em direção ao elevador, próximo dali)
14. M: Não podemos deixá-la ir assim. Se quer sair, nós precisamos sentar e descobrir por que o seu marido quer que fique e por que a senhora se cortou. Não seria melhor eu lhe dar um tempo para que se acalme e voltar hoje à tardinha para conversar?
P: Eu não quero esperar tanto assim. Eu vou falar.

Em razão da atuação imatura, infantil, por parte da paciente, é provável que ela apresente um transtorno de personalidade. O entrevistador percebe que o desejo mais urgente da paciente é voltar para casa. Ele finge, entretanto, que ela pode querer descansar antes de cooperar e sugere arbitrariamente uma semana de descanso (Questão 7). Ele parte do pressuposto de que ela não está gravemente deprimida e que não apresenta risco de suicídio, mas que a conduta de automutilação é utilizada como uma tática nas brigas com o marido. No entanto, essa hipótese não pode ser confirmada sem a cooperação da paciente. Já que ela se recusa a ficar (Declaração 7), o entrevistador sabe que descobriu um motivo suficientemente forte para ser utilizado em uma barganha. Ele chama a atenção para o fato de que o silêncio não vai apressar sua alta. Ela percebe as consequências de sua conduta e passa a ser mais cooperativa.

Quando decidir solucionar a resistência do paciente, em vez de tolerá-la, mostre a ele as vantagens de abando-

ná-la. (Para mais detalhes sobre a técnica, ver Othmer e Othmer, 2002, Capítulo 12: A Abordagem mais/Abordagem menos). Dizer a ele que é em seu benefício pode fazer com que ele se sinta pressionado e aumente a resistência; quebrar a resistência à força pode não ser benéfico para a comunicação. Assim sendo, crie uma atmosfera na qual o paciente se sinta apoiado, possa aumentar o *insight* sobre o seu comportamento e experimentar uma sensação de liberdade de escolha mais do que de coerção.

Deslocamento e substituição

A técnica de deslocamento e de mudar de foco significa chegar ao problema a partir de uma abordagem diferente. Deve ser utilizada para se conseguir que o paciente fale a respeito de um assunto que não queira revelar. Em vez de insistir em uma linha de questionamento, deixe passar e aborde a questão a partir de um ângulo diferente. É como entrar pela porta dos fundos. Você muda o ponto de observação.

O sr. Reuben é um homem branco, de 50 anos, casado, professor de escola, pai de três filhos. Ele consulta, em nível ambulatorial, por diminuição de energia, incapacidade para dormir e preocupações quanto ao custo da educação universitária de seus dois filhos mais velhos. O entrevistador levanta a questão dos pensamentos suicidas.

1. M: Parece-me que o senhor está carregando um fardo muito pesado. Será que o senhor consegue sustentá-lo?
P: Hmm... não sei.
2. M: O senhor já pensou em desistir?
P: O que o senhor quer dizer com isso?
3. M: O que eu quero dizer é: já lhe passou pela cabeça que, com tanto sofrimento, não vale a pena continuar vivendo?
P: O senhor se refere a suicídio?
4. M: Sim.
P: Eu acho que é um pecado terrível. É assassinato.
5. M: Sim. Do ponto de vista religioso é...
P: (interrompe) Isso seria um ato de maldade.
6. M: O senhor já pensou a esse respeito?
P: Não se deveria nem pensar nisso — e não quero falar sobre isso.
7. M: O senhor já está sofrendo o bastante. Não quero sobrecarregá-lo ainda mais com conversas a respeito desses pensamentos.
P: (os olhos do paciente se enchem de lágrimas)
8. M: A mim parece que uma das suas principais preocupações é seu filho mais velho, se o senhor consegue arcar com os altos custos do ensino universitário — e ele é uma pessoa tão talentosa...

P: Ah, isso é o pior — pensar que trabalhei tanto a vida toda como professor e não consigo nem dar ao meu filho a educação que ele merece. Eu sinto que o decepcionei... e também o meu outro filho, que está para ir à universidade. Decepcionei os dois.

9. M: Entendo. O senhor sente que não consegue prover o que eles necessitam.

P: Certo. Eles estariam melhor sem mim. Meu seguro de vida os sustentaria. Isso não é horrível?

10. M: Que o senhor, para eles, valha mais morto do que vivo?

P: Sim. Eu falei com o meu corretor de seguro. Se qualquer coisa me acontecer, mesmo que seja suicídio, eles pagariam. Sempre pensei que a pior maneira de morrer seria com uma corda no pescoço (começa a chorar).

11. M: (acena afirmativamente com a cabeça)

P: Agora sinto que é isso que eu mereço. Até parece que me sentiria em paz, equilibrando, enforcado.

Mudar o ponto de vista habitualmente libera o paciente e o torna capaz de discutir exatamente o ponto que você buscava. No exemplo anterior, o pensamento de cometer suicídio faz crescer, até um nível insuportável, o sentimento patológico de culpa do paciente deprimido. Portanto, não se deve buscar esse pensamento. Entretanto, a idéia de diminuir seu sentimento de culpa por uma punição merecida, o enforcamento, pode ser examinada com o paciente, e essa busca revela os seus pensamentos suicidas. Para a pessoa lógica, que não sofre de depressão, o comportamento do paciente parece contraditório. No entanto, quando entender o que é sentimento delirante de culpa, poderá compreender por que a mudança de ponto de vista funcionou.

Exagero

Um paciente obsessivo, ansioso e superconsciente reluta em admitir pequenos deslizos e falhas. Teme que o entrevistador o rejeite se souber das suas falhas de caráter. Se observar uma relutância deste tipo, diminua a preocupação do paciente, colocando-a na sua devida proporção. Se, por exemplo, uma paciente bateu no seu filho com raiva e está preocupada que isso possa ser abuso de crianças, você pode dizer:

"Você não provocou uma contusão nela nem a sufocou?"

Ou, se o paciente parece relutante em elaborar em torno do roubo de uma barra de doce em uma loja, quando era pequeno, você pode exagerar:

"Você não assaltou o Fort Knox⁵, foi?"

Por meio da comparação do comportamento do paciente com o que seria, de fato, um dano sério ou criminoso, ele costuma se sentir aliviado e ri, e experimenta, com clareza, que não atingiu o seu nível de tolerância, quando se sentiria rejeitado. Em vez disso, se sente reconfortado, podendo superar a relutância para falar.

Indução à fanfarronice

Os pacientes com tendências sociopáticas costumam gostar de causar uma boa impressão no entrevistador. Eles temem que seus atos anti-sociais possam empanar o brilho de sua imagem e, por isso, podem tentar censurar a descrição desses atos. Embora a técnica do exagero (ver anteriormente) também possa funcionar, uma técnica ainda melhor é induzi-los a se gabar. Por exemplo, quando um paciente resiste em falar a respeito de seus problemas escolares, você pode desafiá-lo:

"Você era bom de luta?"

Uma declaração destas habitualmente o induz a lhe contar como ele bateu com um taco na cabeça do treinador de baseball quando este se recusou a escalá-lo para o time, ou como ele tentou surtar um outro menino da escola que parecia interessado em sua namorada.

Quando o paciente está mentindo e provocando, mas tenta esconder esses traços, encoraje-o, dizendo:

"Você deve ser matreiro como uma raposa — parece que é capaz de se safar de qualquer situação."

Essas declarações telegrafam para o paciente que o entrevistador está pronto a aceitar as suas fraquezas. Já que o paciente com uma personalidade anti-social costuma acreditar que estava justificado nas suas ações, ele sente este tipo de comentário como uma indicação de que é compreendido e aceito. Suas declarações lhe dizem que não precisa temer sua crítica e que pode até ganhar a sua admiração.

Mais adiante, é preciso explicar-lhe que a aceitação de seus problemas não significa nem encorajá-lo a continuar com a atuação anti-social nem que você aprova o que ele vem fazendo. Simplesmente significa que você deseja oferecer-lhe espaço e atenção suficientes para que ele possa contar sua história com o afeto típico de seu transtorno de personalidade — orgulho em se gabar e interesse em impressionar os outros com seus feitos (comparar com o Capítulo 10).

⁵Fort Knox: Contém o maior depósito de ouro dos Estados Unidos e é praticamente inexpugnável.

3. DEFESAS

As defesas não podem ser plenamente observadas uma vez que postulam mecanismos psicológicos específicos como suporte dos padrões observáveis de comportamento, sinais e sintomas a serem referidos. Dado o conceito das doenças como conjuntos de sintomas e sinais que satisfazem determinados critérios diagnósticos, os mecanismos de defesa não parecem fazer parte da discussão diagnóstica. No entanto, familiarizar-se com os mecanismos de defesa ajuda a compreender um pouco do conteúdo e da significação da psicopatologia do paciente. Além disso, as defesas do paciente podem interferir com a comunicação e com a anamnese.

Uma avaliação e uma análise profundas dos mecanismos de defesa são utilizadas predominantemente na entrevista psicodinâmica ou psicanalítica (Vaillant, 1986; McWilliams, 1994); este livro fornece apenas uma breve introdução e enfatiza o aspecto descritivo.

O DSM-IV-TR descreve 31 mecanismos de defesa no Apêndice B:

- afiliação
- agressividade passiva
- altruísmo
- antecipação
- anulação
- atuação
- auto-afirmação
- auto-observação
- cisão da auto-imagem ou da imagem alheia
- deslocamento
- desvalorização
- dissociação
- distorção psicótica
- embotamento apático
- fantasia autista
- formação reativa
- humor
- idealização
- identificação projetiva
- intelectualização
- isolamento do afeto
- negação
- negação psicótica
- onipotência
- projeção
- projeção delirante
- queixar com rejeição de ajuda
- racionalização
- repressão

- sublimação
- supressão

Reconhecimento

Os mecanismos de defesa contêm três componentes: 1) um comportamento observável (frequentemente um sintoma); 2) um impulso ou intenção inaceitável para o paciente, constituindo um conflito ou fonte de estresse; e 3) um processo que liga o comportamento observável do paciente (ou sintoma) à intenção inaceitável. A intenção e a ligação com o comportamento ou sintoma só são acessíveis por meio da interpretação (sob forma de inferência) por parte do terapeuta, que pode ser corroborada pelo paciente ou não.

Quando você tenta decifrar os mecanismos de defesa subjacentes aos comportamentos e sintomas manifestos, aguça a sua habilidade de reconhecer e compreender a psicopatologia. Se, com a cooperação do paciente, conseguir confirmar a ligação entre um comportamento manifestamente sintomático e um impulso inicialmente inaceitável, embaraçoso, agressivo ou libidinal, está identificado o mecanismo de defesa.

Se puder identificar os tipos de comportamento que indicam objetivos não-realistas ou inaceitáveis, extremos na sua intensidade, auto-acusatórios, acusatórios ou distorcidos em suas metas, então será possível reconhecer a presença de mecanismos de defesa.

A Tabela 3.2 resume as três facetas dos 31 mecanismos de defesa listados no DSM-IV-TR. Os mecanismos de defesa estão arrolados em um *continuum*. Em uma extremidade (apresentadas em primeiro lugar na tabela) estão as defesas que refletem o nível adaptativo mais alto. Na outra (apresentadas por último na tabela) estão as defesas que têm o menor nível adaptativo, isto é, o desregulamento defensivo.

Fornecer exemplos de cada um desses 31 mecanismos de defesa e de como podem interferir com a entrevista diagnóstica se estenderia além dos objetivos deste livro. O texto que se segue oferece apenas uns poucos exemplos de como lidar com os mecanismos de defesa durante a entrevista psicodiagnóstica.

Manejo das defesas

Os mecanismos de defesa distorcem a percepção que o paciente tem de si mesmo e do seu ambiente. Em uma entrevista terapêutica orientada para o *insight*, o entrevistador tenta conscientizá-lo de suas defesas, do seu mecanismo subjacente e suas origens inconscientes, na expectativa de que ele possa substituir seu comportamento defensivo por uma conduta mais orientada para a rea-

Tabela 3.2 Mecanismos de defesa em sete níveis (DSM-IV-TR)

Mecanismo de defesa	Comportamento observável ou sintoma	Conflito emocional e estressores	Processo
<i>Alto nível adaptativo</i>			
Afiliação	Formação de grupos de trabalho e solução de problemas; luta pela cooperação	Isolamento, imperfeição, responsabilidade	Compartilhamento da ansiedade e das conquistas
Altruísmo	Oferecimento incondicional de ajuda	Derrota na competição	Substituição da agressão e competição pelo apoio
Antecipação	Previsão de acontecimentos prováveis e planejamento de medidas de acordo	Sentimentos súbitos e esmagadores de ameaça	Projeção dos acontecimentos e das estratégias de enfrentamento
Humor	Ressaltar os aspectos divertidos do medo	Falhas, perda ou destruição	Transformação da ansiedade de ameaça em comédia ou ironia
Auto-afirmação	Expressão dos impulsos de forma socialmente aceitável	Medo, ansiedade e raiva	Transformação do medo, ansiedade e raiva em expressões socialmente aceitáveis.
Auto-observação	Reflexão sobre os próprios sentimentos, impulsos e pensamentos	Medo, ansiedade, falhas, agressão	Maior consciência dos sentimentos, impulsos e pensamentos
Sublimação	Comportamento socialmente aceitável	Sentimentos ou impulsos inaceitáveis	Redirecionamento do impulso para expressões socialmente aceitas
Supressão	Evitação de se discutir problemas, desejos ou sentimentos dolorosos	Acontecimento doloroso, impulso sádico ou sexual	Bloqueio intencional da memória
<i>Nível das inibições mentais</i>			
Deslocamento	Fobias	Medo e ameaça de um objeto, ou amor e ódio por um objeto	Transferência de um sentimento de seu objeto real para um objeto substituto
Dissociação	Personalidade múltipla, fuga, amnésia	Conduta hostil, promíscua ou irresponsável, acontecimentos dolorosos	Alteração transitória da consciência, memória, percepção e identidade
Intellectualização	Pensamento abstrato, dúvida, indecisão, generalizações	Sentimentos e pensamentos perturbadores	Remoção dos componentes emocional e pessoal de um acontecimento
Isolamento afetivo	Obsessões, falar a respeito de questões afetivas sem sentimentos	Emoções e memórias dolorosas	Separação do conteúdo do afeto, remoção do afeto
Formação reativa	Devoção, conduta de auto-sacrifício, limpeza, correção	Sentimentos de hostilidade e desinteresse	Substituição dos sentimentos verdadeiros pelos seus opostos
Repressão	Lacunas de memória	Lembranças, sentimentos, medos e desejos ameaçadores	Banimento dos sentimentos e pensamentos da memória
Anulação	Comportamento compulsivo	Desejos sádicos e impulsos inaceitáveis	Negação simbólica do impulso
<i>Nível mínimo de distorção da imagem</i>			
Desvalorização	Afirmações depreciativas sobre os outros ou sobre si mesmo; comentários do tipo "uvas verdes" a respeito de metas	Qualidades positivas dos outros, metas inatingíveis	Ignorar as qualidades positivas e exagerar as negativas de si mesmo, dos outros ou do objeto
<i>Nível de repúdio</i>			
Idealização	Valorização excessiva de si mesmo ou dos outros	Qualidades negativas de si mesmo ou dos outros	Ignorar as qualidades negativas e exagerar as positivas de si mesmo e dos outros
Onipotência	Autoglorificação, presunção, sentir-se com direitos especiais	Sentimentos de inferioridade, fracasso e baixa auto-estima	Transformação de sentimentos e ações de inferioridade em sentimentos e ações de superioridade
<i>Nível de grande distorção da imagem</i>			
Negação	Negação obstinada e raivosa de alguns aspectos da realidade óbvios para os outros	Realidade dolorosa	Recusa em reconhecer a consciência de certos aspectos da realidade
Projeção	Idéias de referência, preconceito, desconfiança e injustiça	Hostilidade e outros desejos, vontades e atitudes inaceitáveis	Atribuição dos próprios sentimentos aos outros
Racionalização	Explicações úteis para si mesmo e conduta de justificação	Impulsos socialmente inaceitáveis, baixa auto-estima	Dar explicações falsas, mas socialmente aceitáveis para a conduta
<i>Nível de ação</i>			
Fantasia autista	Sonhar acordado	Impulsos e desejos insatisfeitos	Satisfação imaginada do desejo
Identificação projetiva	Acusação dos outros como causadores de sofrimentos, hostilidade e raiva	Ódio, raiva e hostilidade	Transformação dos próprios impulsos hostis em reações justificáveis à agressão das outras pessoas
Divisão da auto-imagem ou da imagem do outro	Idealização alternada com desvalorização de si mesmo e dos outros	Experiência de qualidades negativas e positivas em si mesmo e nos outros	Despojamento de todas as qualidades positivas ou de todas as qualidades negativas de si mesmo ou do outro
<i>Nível da desregulação defensiva</i>			
Atuação	Atos violentos, roubos, mentiras, estupros	Impulsos sexuais e agressivos	Satisfação irrefletida e descontrolada do desejo
Embotamento apático	Diminuição das emoções, da atividade e das interações sociais	Necessidades, impulsos e desejos	Resposta aos desejos com uma passividade crescente
Queixar-se e rejeitar ajuda	Descrver a si mesmo com autopiedade como vítima impossível de ser salva	Hostilidade e reprovação em relação aos outros	Transformação de hostilidade em vitimização
Agressão passiva	Procrastinação, falta de continuidade até a completude	Impulsos agressivos, hostis, de indignação	Expressão por meio da inatividade
<i>Nível da desregulação defensiva</i>			
Projeção delirante	Delírios de perseguição	Impulsos esmagadores, inaceitáveis e incontroláveis	Atribuição dos próprios impulsos aos outros, apesar de uma realidade que o contradiga
Negação psicótica	Negação da realidade óbvia	Realidade dolorosa e esmagadora	Negação profunda da realidade óbvia
Distorção psicótica	Afirmações e exigências obviamente não-realistas e condutas irracionais	Impulsos e realidade inaceitáveis e esmagadores	Percepção profundamente falsa da realidade exterior e dos sentimentos

*N. de R.T.: "Uvas verdes" refere-se à fábula *A raposa e as uvas*, de Esopo, em que a raposa desdenha das uvas maduras que não consegue alcançar, dizendo que estão verdes.

lidade. Na entrevista psicodiagnóstica, o entrevistador trabalha com os mecanismos de defesa na medida em que interferem com a comunicação e com a anamnese.

Lidar com as defesas é diferente de tratar com as resistências. O paciente frequentemente tem consciência de sua resistência e esconde voluntariamente a informação. O paciente que utiliza os mecanismos de defesa habitualmente não tem consciência dos mesmos e não tem controle voluntário sobre eles. O comportamento patológico predomina e interfere com a entrevista. Lidar com as defesas significa neutralizar o seu impacto na entrevista, e não analisá-las ou interpretá-las.

Na próxima seção, descreveremos um conjunto de cinco técnicas de manejo que vão ajudá-lo a lidar com as defesas: o desvio, o reasseguramento, a distração, a confrontação e a interpretação.

Desvio

O senso comum expressa a sabedoria desta técnica em provérbios do tipo:

"Em time que está ganhando não se mexe."

ou

"Não entorne o caldo."

Todo entrevistador vai-se deparar com o paciente que mostra claramente as distorções de sua percepção da realidade. Uma viúva pode sustentar que seu marido era o melhor e que não se pode encontrar um outro igual a ele. O relato pode mostrar que esse homem idealizado era um alcoolista que abusava fisicamente dela. Para o diagnóstico da sua depressão, pode não ser essencial confrontá-la com a negação ou a idealização, pelo menos não na primeira entrevista. Seria melhor desviar ou ignorar essas defesas. Contudo, seus mecanismos de defesa podem ser discutidos no relato do exame do seu estado mental.

Reasseguramento

O reasseguramento, ao oferecer apoio ao paciente, tenta diminuir as suas ansiedades e o seu grau de suspeição, bem como aumentar sua autoconfiança. O reasseguramento funciona se o mecanismo de defesa for encarado a partir do ponto de vista do paciente. Essa abordagem empática dá a ele o sentimento de ter um aliado. É especialmente eficaz quando o indivíduo parece esmagado por seus problemas.

Durante um episódio depressivo, esse pai viúvo de 45 anos, com doença bipolar, está prestes a abandonar sua busca de emprego e o cuidado de seus dois filhos.

1. M: Como eu posso ajudá-lo, Russ?
P: (sacode a cabeça e não diz nada)
2. M: O que está lhe preocupando?
P: Eu nem sei por que vim.
3. M: O que é, Russ?
P: (sem resposta)
4. M: Você parece mesmo muito para baixo.
P: (olha longamente para o chão)
5. M: Você parece deprimido... e sem esperança.
P: De que adianta? Mesmo se eu conseguir um emprego, economizar algum dinheiro, e as coisas se ajustarem, eu volto a ficar nas alturas e estrago tudo, e nada vai me fazer parar. Já passei por isso antes, mas não foi tão forte como desta vez.
6. M: Eu acho que você aprendeu muito com o passado. Isso pode ajudá-lo na próxima vez! Acredito que, da próxima vez, você vai buscar tratamento quando estiver nas alturas.
P: O senhor acredita mesmo nisso?
7. M: Nós dois teremos que trabalhar nisso. Tenho certeza de que você é capaz. As coisas ficarão bem novamente. Você vai sair disso novamente, nós podemos conversar e encontrar um meio de ajudá-lo. Agora, vamos falar da sua depressão.
P: Se o senhor acha...

Observe que o terapeuta não faz nenhuma observação nem interpreta o seu comportamento autopunitivo, mas, ao contrário, oferece-lhe apoio. Em vez de avaliar algum problema em especial, o entrevistador alimenta-o com declarações reasseguradoras e de apoio (Questões 5 e 6). O paciente se anima ao ouvir do terapeuta que esse não compartilha da sua desesperança, e vê um futuro melhor para ele. O reasseguramento utiliza as necessidades de dependência do paciente. Esta técnica é especialmente eficaz se ele o perceber como empático.

Distração

Esta técnica funciona com indivíduos que apresentam um humor anormal, tal como mania, depressão retardada ou intoxicação. Estes estados não podem ser alterados abordando-se as defesas, mas podem ser superados por um estímulo suficientemente forte para se conseguir a atenção do paciente, como chamá-lo pelo nome, falar alto ou tocá-lo. Pode-se repetir o estímulo ou combiná-lo com outros. Faça perguntas breves e fechadas. O mais provável é que não chegue a conseguir uma interação contínua, mas poderá obter respostas breves.

O sr. Wilson é um homem de 57 anos, branco, divorciado, com história de mania. Chega ao serviço de emergência em um estado excitado e cheirando a uísque. Está aborrecido com uma das enfermeiras, que lhe

pediu para permanecer em uma das salas de exame até o entrevistador chegar. Ele protesta, discursando e gritando. O terapeuta o observa da porta por um instante. O paciente não percebe a sua presença.

1. M: Sr. Wilson, posso falar com o senhor? (o paciente não lhe dá atenção e continua a gritar em direção ao posto de enfermagem)
P: Nesse maldito lugar todos pensam que podem te maltratar. Mas comigo, não. Eu vou mostrar a essa puta.
2. M: (falando mais alto) Sr. Wilson!
P: Nunca fui tratado assim por ninguém. E não vai ser dessa cadela que eu vou aceitar isso!
3. M: (com uma voz intensa e fúme) Pare!
P: (atemorizado, se vira e olha para ele, surpreso)
4. M: (encara-o nos olhos) Quero ajudá-lo. O senhor vai falar comigo?
P: Quem é você?
5. M: Sou o médico de plantão. Meu nome é dr. O. Percebo que o senhor tem certos problemas.
P: Esta puta me disse para não sair do quarto. O que é que você quer? Fique longe de mim. Eu conheço o seu tipo. A primeira coisa que você vai fazer é me dar uma injeção.
6. M: Sr. Wilson, vamos sentar. Quero saber o que está lhe incomodando.
P: Não quero me sentar.
7. M: Para mim está bem, ótimo.
P: É que estou irritado demais para me sentar.
8. M: Posso lhe oferecer uma xícara de café?
P: Não. O senhor fica aqui. (o paciente pega seus cigarros)
9. M: Aqui tem um cinzeiro para o senhor.
P: (acende um cigarro e se senta)
10. M: Sr. Wilson, posso conversar com o senhor? Sr. Wilson, eu quero ajudá-lo. Diga-me qual a melhor maneira de ajudá-lo.
P: Deixando-me sozinho!
11. M: Está bem. Mas o senhor estava sozinho. Tudo que o senhor fez foi gritar. Foi para isso que o senhor veio?
P: Não, eu queria conversar com alguém sobre os problemas que eu estou tendo na casa de passagem.
12. M: Certo, vamos sentar e o senhor me conta tudo a respeito disso. (senta-se) Muito bem...

Para conseguir sua atenção, o médico se dirige ao paciente com uma breve palavra de ordem (Questão 3). Em resposta, o paciente dirige sua hostilidade a ele (Resposta 5). Quando o entrevistador lhe pergunta se ele veio ao serviço de emergência para gritar, o paciente toma consciência de seu comportamento atuador e autodestrutivo.

Pacientes que se encontram muito excitados, que apresentam taquialia e fuga de idéias excessivas, ou que estão intoxicados ou delirantes, podem ser difíceis de distrair. Eles podem necessitar de intervenção farmacológica antes que a comunicação possa se estabelecer.

Confrontação

A confrontação é utilizada para dirigir a atenção do paciente para algum comportamento específico, na esperança de que ele seja capaz de reconhecê-lo e corrigi-lo durante a entrevista.

Carol é uma mulher de 38 anos, branca, que consulta em nível ambulatorial. O entrevistador tinha revisado com ela as circunstâncias que levaram à sua separação.

1. M: Como é que está, atualmente, a relação com seu marido?
P: (olha assustada e hostil para o entrevistador) Por que você quer saber?
2. M: Bem, eu só quero saber se você continua em contato com ele.
P: (mais hostil e mais braba) É claro que sim. (a paciente se levanta e pega seu casaco) É melhor eu ir agora!
3. M: Carol, você está ficando braba.
P: Porque você sabe muito bem que ele ainda me telefona. Até logo! (caminhando em direção à porta)
4. M: Carol, parece que você imagina que eu e ele estamos em contato. (interpretação superficial)
P: E não estão?
5. M: Você está braba comigo e não confia em mim? (confrontação)
P: Ninguém está do meu lado. Nem você. E você eu esperava que fosse o meu médico.
6. M: Então pensa que eu também estou contra você? (confrontação)
P: E não está?
7. M: Estou do seu lado, mas percebo que é difícil acreditar em mim. (declaração de apoio e confrontação)
P: (vira-se e coloca seu casaco sobre a cadeira) Não sei, tento confiar em você.
8. M: O que, de fato, a está perturbando nos telefonemas de seu marido?
P: Eu escuto os cliques no telefone. Sei que ele está com o gravador ligado e que está me gravando de novo.
9. M: E pensa que estou junto com ele e estou a par de tudo?
P: Não é por isso que você me pergunta a respeito dos telefonemas?

10. M: Não, não lhe perguntei a respeito de telefonemas. Eu perguntei se você ainda mantém contato com ele, e isso a deixou muito aborrecida e desconfiada.

P: Realmente, me deixou chateada e desconfiada. Sinto que todo mundo está com ele, até meus pais, que dizem que têm ódio dele. Às vezes, eu também não confio neles.

Registrar a suspeição delirante da paciente e confrontá-la com ela evita a quebra da comunicação. O entrevistador combina duas técnicas: em primeiro lugar, ele a confronta com a sua falta de confiança (Questões 3, 5 e 6) e, em segundo lugar, ele demonstra apoio e empatia (Questão 7), assegurando-a de que está ao seu lado, o que a leva a refletir a respeito de sua suspeição (Resposta 7). A combinação dessas duas técnicas só funciona porque a paciente tem algum *insight* de sua desconfiança (será que ela está projetando?). De outra forma, ela teria se recusado a continuar discutindo o assunto e teria deixado o consultório.

De um ponto de vista descritivo, as crenças de Carol são idéias de referência que beiram os delírios, exceto que ela apresenta um certo grau de *insight*. Do ponto de vista dinâmico, essas idéias de referência são compreendidas como resultado de projeção.

Para manter a comunicação, é necessário, durante a entrevista diagnóstica, lidar com esses dois tipos de distorção da realidade. A cada caso, é preciso decidir o que é mais conveniente: aceitar tais idéias de referência como a realidade do paciente ou confrontá-lo com as distorções da realidade. Se ele o inclui no seu delírio, confronte o paciente com a natureza delirante de seu pensamento. Ele pode não reconhecer sua percepção como distorcida, mas pode ser capaz de continuar o diálogo e se manter conectado com você. No entanto, se o delírio está plenamente desenvolvido, a confrontação não vai fazer com que o paciente reconheça a sua distorção da realidade. Isso pode resultar na destruição da entrevista.

O sucesso de uma confrontação não depende somente do *insight* do paciente. Escolha, para sua confrontação, um ponto de abordagem que o ajude a compreender sua conduta inadequada e, ao mesmo tempo, contribua para que ele se aperceba e experimente da sua empatia. Na seção seguinte, sobre a interpretação, desenvolvemos mais este tema.

Interpretação

A interpretação expressa a compreensão a respeito do comportamento defensivo do paciente. Você sugere a significação de seus pensamentos ou o objetivo de seu comportamento. Habitualmente, a interpretação se segue à confrontação, pois, primeiramente, é preciso que o

paciente tenha consciência de seu comportamento, para que possa compreender a sua interpretação. A interpretação transmite a ele que você tenta decifrar seu comportamento e que o convida a discuti-lo.

Uma interpretação correta explica o comportamento do paciente de maneira satisfatória no contexto de todos os outros comportamentos. Infelizmente, não existe nenhum meio seguro de se estar correto. Você pode sentir que sua interpretação está correta quando o paciente concorda com ela e espontaneamente a elabora, quando está de acordo com sua experiência clínica ou quando nada mais no comportamento do paciente a contradição. Em cada caso, você pode estar certo ou errado. Você provavelmente terá feito uma interpretação eficaz, se ela estimula o diálogo emocional ou desencadeia a revelação de mais informação.

Mesmo fazendo uma interpretação brilhante, a utilidade da mesma depende de o paciente aceitá-la. Se o paciente não reconhece o seu comportamento, uma interpretação costuma ser contraproducente. Ele se sente criticado e mal-compreendido e se defende contra essas "acusações", o que resulta em uma deterioração da comunicação. No caso de o paciente ter delírios de perseguição, por exemplo, as interpretações podem resultar em uma ruptura completa da entrevista. Ele pode pensar que você lê seu pensamento e o controla. Em vez de sentir-se compreendido, ele se sente manipulado e vai embora. Assim, é importante fazer uma avaliação das tendências persecutórias do paciente antes de tentar utilizar a interpretação.

A interpretação é útil com pacientes que inicialmente não conseguem acompanhá-lo intelectualmente ou têm dificuldade para expressar seus pensamentos e sentimentos. É utilizada para conseguir que o paciente se envolva mais e fazê-lo perceber e compreender suas atitudes e seu modo de ver a realidade, e encorajá-lo a investir no processo da entrevista e no seu tratamento.

Hopkinson e cols. (1981) constataram que, em 44% das situações, as interpretações do entrevistador eram seguidas por uma expressão de emoção por parte do paciente. Se o entrevistador começa por expressar seus sentimentos, o paciente, em 75% dos casos, responde da mesma forma; se o entrevistador não o faz, o seu rendimento não passa de 26% dos casos. É preciso que o entrevistador interprete a defesa do paciente de maneira clara e empática. É necessário que se certifique de que o paciente está pronto para ouvir aquela interpretação e fazer uso dela.

Vamos demonstrar o uso da interpretação no mecanismo de defesa da projeção. Os três componentes de um mecanismo de defesa (ver anteriormente) também ficam claros neste exemplo: comportamento observável, impulso ou intenção inconsciente e o comportamento do paciente, que une os dois.

Joana, uma estudante de direito, negra, americana, de 28 anos, entra no consultório e, depois de uma conversa introdutória, pergunta:

P: Por que você está olhando para mim deste jeito. Isso me faz sentir como se eu estivesse sem roupa.

M: O que você quer dizer?

P: A maneira como você olha para mim...

Sem ter olhado para a paciente de nenhuma maneira especial, o entrevistador suspeita de que ela apresente um distúrbio da percepção que poderia ser descrito como uma idéia de referência (o primeiro componente observável do mecanismo de defesa). Decide investigar a intenção inconsciente (o segundo componente do mecanismo de defesa).

M: Você sente que outros homens também olham para você dessa maneira?

P: Alguns sim. Quando volto para casa da faculdade, a pé.

M: Alguém em particular?

P: Bem, um dos meus professores. Seu nome é Raul e ele é da América do Sul. Ele olhou para mim desse jeito na aula.

M: Ele alguma vez lhe disse alguma coisa pessoal?

P: Eu me sinto um pouco envergonhada para falar sobre isso.

M: Nós poderemos compreender alguma coisa importante a seu respeito, se pudermos entender seu embaraço.

P: Bem, eu pensei que era um bom professor. Certa ocasião fiquei depois da aula para lhe mostrar um dos meus poemas. Ele pareceu gostar de conversar comigo sobre isso e levou o poema para casa.

M: Hmm.

P: Perguntei se poderia voltar depois da próxima aula para conversar mais e ele concordou.

M: Sim?

P: Eu voltei e ele analisou o meu poema. Eu me senti tão feliz que perguntei se eu poderia me encontrar com ele. Ele olhou para mim e me senti toda excitada e abri o meu casaco. Eu estava nua por baixo do casaco. Ele olhou para mim com um brilho no olhar e um sorriso no rosto e disse: "Joana, sou seu professor e também sou casado. Você entende? Não quero que se sinta mal com isto. Sinto-me lisonjeado de que você se sinta dessa maneira a meu respeito."

M: Então ele entendeu.

P: Eu me senti tão envergonhada que saí correndo.

O segundo componente do mecanismo de defesa, o impulso sexual, aparece. O entrevistador infere que a paciente possa ter experimentado um impulso semelhante em relação a ele. Ele tenta estabelecer a ligação entre o

comportamento manifesto e a intenção — o terceiro componente —, isto é, a paciente projeta sua intenção no entrevistador, assim se poupando da responsabilidade de seus próprios desejos eróticos.

M: Você parece excitada quando fala sobre Raul.

P: Sinto-me tão envergonhada.

M: Você se lembra de como chegamos a esse assunto?

P: Não entendo a sua pergunta.

M: Não se lembra de como chegamos à discussão sobre Raul?

P: O senhor me confunde. Não sei o que o senhor quer dizer.

M: Bem, você me perguntou a respeito do jeito como eu olhava para você.

P: Hmm.

M: E parecia que você sentia que eu olhava para você da mesma maneira que Raul.

P: Bem, foi isso que eu pensei.

M: Será que você sente em relação a mim o mesmo que sentiu com Raul?

P: Ah!, isso é bobagem. O senhor está pulando para as conclusões e isso me deixa irritada. O senhor é meu médico. Eu o respeito como meu médico. Mas não sinto nada mais pelo senhor. Gosto do senhor, mas não desse jeito.

A resistência da paciente à interpretação é evidente. Sem sua corroboração, a hipótese de projeção permanece uma inferência. O entrevistador tenta fazer que os pensamentos eróticos da paciente lhe pareçam mais aceitáveis, tornando a projeção, assim, menos necessária.

M: Então você não tem mesmo consciência de ter esses pensamentos? O que é que há de tão errado com eles, afinal?

P: Que o senhor é meu médico. E, também, tenho um namorado. Ele é como se fosse meu noivo.

M: Não entendo. O que é que você quer dizer com "como se fosse meu noivo"?

P: Bem, minha mãe quer que sejamos namorados firmes.

M: E você?

P: Bem, ele realmente é bom, mas é mais velho e nunca estudou e, além disso, é extremamente ciumento.

M: Assim, se você olha para um outro homem, é quase como se o estivesse traído e desafiando os desejos de sua mãe?

P: Agora o senhor falou como o meu psicólogo falava.

M: Bem, estou tentando entender como você se sente e por que se sentiu tão envergonhada com Raul. E também por que você sente que outros homens a estariam olhando de uma determinada maneira.

- P: O senhor pensa que sou eu?
 M: Hmm.
 P: O senhor pensa que eu me sinto envergonhada pelos meus desejos?
 M: Sim, e é por isso que você os atribui a mim.
 P: Lá vai o senhor de novo! (ri) Talvez o senhor possa estar certo, afinal. O senhor acha que é por isso que eu tenho esses ataques de pânico e me sinto desconfortável quando faço o trajeto da faculdade para casa ou quando estou em um restaurante?
 M: O que é que você acha? (pausa) Os pacientes que sofrem de ataques de pânico e agorafobia às vezes sentem que os outros olham para eles de modo sexual, e freqüentemente são os seus próprios sentimentos sexuais que os fazem sentir dessa maneira. Mas isso é somente o conteúdo de seus ataques de pânico, não a sua causa. Mesmo que conversemos por muitas horas sobre esses ataques, e mesmo que você chegue a se sentir confortável ao descrever esses sentimentos para mim, você ainda terá seus ataques de pânico e se sentirá ansiosa em um restaurante. Mas você pode encontrar um pensamento de conteúdo diferente para seus ataques de pânico.

Existem quatro aspectos em uma interpretação: o momento*, o ponto de vista, a abrangência e o impacto sobre o paciente.

O momento: Costuma ser fácil julgar o momento adequado para uma interpretação. Quando o paciente se torna curioso a respeito de seu próprio comportamento, então ele está pronto para explorar o seu significado.

Bill, um estudante de biologia de 23 anos, fala a respeito de seu relacionamento com seus pais e superiores.

1. M: Você está me contando que ainda mora com os pais.
 P: Na realidade, não. Vamos colocar a coisa nos seguintes termos: moro na mesma casa que meus pais.
 2. M: O que é que isso significa?
 P: Significa que compartilho do mesmo domicílio, mas já faz muito tempo que terminei com eles.
 3. M: Você quer dizer que não consegue se dar bem com seus pais?
 P: Eles são burgueses de mentalidade estreita.
 4. M: Então a sua vida social realmente não é em casa?
 P: Não.
 5. M: Como é a sua vida no trabalho?

- P: Meu supervisor é um cabeça-dura. Não é capaz de ver o que não está nos livros — o típico produto de uma faculdade americana.
 6. M: Você teve experiências melhores no curso secundário?
 P: Parece que eu sempre encontro os idiotas.
 7. Como foi que você pagou a universidade? Você tinha uma bolsa de estudos?
 P: Eu perdi a minha bolsa. John G. disse que eu não estava fazendo o que devia. Que se dane, não valia a pena de qualquer maneira. Mas até agora eu conseguia ganhar algum dinheiro como programador de computação.
 8. M: Até agora?
 P: Não sei se ainda tenho o meu emprego. Trabalhei em computação de jogos para o treinador de um time de futebol, mas o sujeito era tão autoritário que tudo tinha que ser do jeito dele. Ele não consegue ouvir ninguém.
 9. M: Você, pessoalmente, joga futebol?
 P: Não. Eu era do time da natação.
 10. M: E você não está mais nadando?
 P: O treinador me botou fora. Quando eu deveria estar na piscina, eu estava no vestiário. Alguém perdeu \$ 50 depois do treino. O treinador estava furioso comigo porque eu não seguia as regras.
 11. M: (ri)
 P: As regras são realmente estúpidas. Eu só precisava retirar uma medicação do meu armário e esse desgraçado me pega.
 12. M: (ri novamente)
 P: O senhor está rindo. Eu devo dar a impressão de ser um grande criador de problemas.
 13. M: Hmm.
 P: Não é isso que o senhor pensa? O senhor deve estar pensando: esse sujeito não consegue se dar com o seu treinador da equipe de natação, nem com o treinador de futebol e nem com os seus professores.
 14. M: E nem com os seus pais burgueses.
 P: Eu tinha esquecido desses. O senhor deve pensar que eu não consigo me dar bem com ninguém. E isso é verdade. Eu perco a cabeça por qualquer razão boba. Fico me perguntando: o que é que me incomoda?
 15. M: Autoridade... professores... treinadores... pais.
 P: Hmm, certamente que parece assim... Hmm.
 16. M: E você sente que seja assim?
 P: Sinto como se eu estivesse sempre batendo e ferindo alguém... atacando alguém com violência.

O entrevistador confronta o paciente inicialmente com o elemento comum que surge em diversas situações

(Questões 3, 5, 7, 8 e 10). O paciente reconhece as semelhanças nos seus problemas com os outros (Resposta 13). Começa a pensar, ele mesmo, a respeito, levantando questões quanto ao seu comportamento (Questão 14). Esse é o momento para se tentar uma interpretação da rejeição do paciente às figuras de autoridade (Questão 15). Então ele pode continuar a falar sobre suas dificuldades em seguir as regras e sobre os possíveis sentimentos de vingança (tais como são observados em pacientes com características sociopáticas). Esse exemplo demonstra a regra que se refere ao momento. Interprete quando o paciente reconhece seu comportamento como sendo irracional e começa a se perguntar a respeito do seu significado.

Ponto de vista: A maneira como você oferece a interpretação é importante. Ela pode ser feita a partir do seu ou do ponto de vista do paciente. Com uma interpretação do ponto de vista do terapeuta, o paciente pode se sentir criticado, incomodado, irritado e compelido a resistir. Uma interpretação feita a partir do ponto de vista do paciente é mais provável de ser aceita — se estiver correta. Eis aqui um exemplo:

Leslie, uma mulher branca, de 38 anos, recém-divorciada de um homem da sua idade, conta que tem a tendência a sair com homens de mais de 50 anos.

Ponto de vista do entrevistador:

- M: Você estava agindo com base em impulsos sexuais originalmente dirigidos ao seu pai.
 P: (desnorteada) Nunca tive sentimentos sexuais pelo meu pai, mas tenho em relação a esses homens. Eles me excitam.

Ponto de vista do paciente:

- M: Deve haver algo nesses homens mais velhos que a conforta, Leslie.
 P: (pausa) Eu me sinto mais querida. Sinto que não preciso competir o tempo todo com outras mulheres.
 M: Você se sente aceita e não há nenhuma ameaça a essa aceitação.
 P: Certo, isso me acalma. Posso responder sem sentir que estejam me passando para trás. Consigo acreditar que o homem realmente tenha boas intenções. Posso confiar mais nele do que em um homem mais jovem.
 M: E as outras mulheres?
 P: Eu me sinto na frente. Sinto-me a primeira da fila.
 M: Sim, eu entendo. Deve ser como se sentir a amada.
 P: (surpresa) Você está certo. Agora me bateu... como a querida do papai.

- M: Você não tinha me dito antes que sempre sentiu que seu pai parecia gostar mais de você do que de suas irmãs e seus irmãos.
 P: É isso mesmo; mas eu não quis dizer que essa seja a razão pela qual eu gosto de homens mais velhos.
 M: Eu sei, e não é exatamente isso que eu estou dizendo. Mas você se sentia confortável com ele. Você sabia que ele tinha boas intenções. Ele a amava.
 P: Ele realmente gostava de mim.
 M: E não ficava só tentando levá-la para a cama com ele.
 P: É isso mesmo.

A paciente tinha se perguntado por que fixava sua atenção em homens mais velhos. Estava pronta para examinar a razão de seus sentimentos, o que justificava a abordagem interpretativa. A interpretação funcionou por estar focada nos elementos de sua relação com seu pai que estavam mais próximos da consciência (a querida do papai). Isso lhe permitiu reconhecer a vantagem emocional de escolher homens mais velhos depois de seu divórcio doloroso.

A abrangência: Pode-se fazer uma interpretação visando a uma questão limitada, tal como um comportamento isolado, ou questões mais amplas, como um estilo de vida ou padrões de uma vida inteira. Interpretações de ampla abrangência podem ferir a auto-estima do paciente e também a sua comunicação com ele.

Interpretações de abrangência limitada foram usadas com Karen, uma mulher de 42 anos de idade, deprimida, que, neste exemplo, fala sobre sua dieta. Ela nega disforia, obsessões ou compulsões.

1. M: Como é que você se sente habitualmente?
 P: Estou bem. Sinto-me ótima e orgulhosa de ter emagrecido de 65 para 54 kg.
 2. M: Então você está de dieta?
 P: Sim, estou controlando muito bem as minhas calorias.
 3. M: Como é que você faz isso?
 P: Tomo café pela manhã e então, no almoço, como um hambúrguer mal-passado sem pão, mas com alface. No jantar, como um bife. Às vezes fico com tanta fome que como um pote inteiro de sorvete. Depois, fico deprimida e me sinto culpada com isso. Também tento ser rígida com o cigarro.
 4. M: O que você quer dizer?
 P: Antes de fumar um cigarro, eu tenho que lavar as mãos.
 5. M: Pode me dizer por que faz isso?
 P: É só um hábito. Gosto de ter as mãos limpas quando fumo.

*N. de T.: Timing.

6. M: Você quer dizer que tem medo de ficar com sujeira nas mãos?
P: Não, mas eu preparo o café da manhã e o almoço para as crianças.
7. M: E pensa que ainda pode ter comida nas mãos?
P: Sim, elas ainda podem estar engorduradas. As gorduras têm muitas calorias.
8. M: Mas por que você lava as mãos antes de cada cigarro?
P: Nunca consigo ter total certeza se as lavei completamente na vez anterior.
9. M: Então você pensa que ainda pode ter calorias grudadas nas suas mãos?
P: (silêncio)... Posso pegá-las acidentalmente do cigarro.
10. M: Então esses pensamentos a incomodam?
P: Sinto-me tão boba...
11. M: Dá a impressão que as calorias seriam como bactérias; elas podem fazer mal se entram no seu corpo.
P: Não... Eu acho que é isso... as calorias são como veneno, que te engordam.
4. M: Você parece mesmo ressentida e braba.
P: Isso faz com que me sinta cansada. Durmo demais e não faço o meu trabalho, o que não é o meu costume.
5. M: Eu me lembro de quando você fazia dois turnos no verão passado.
P: Nunca me senti sem energia. Mesmo no segundo turno, eu era a mais rápida de todos. Naquela época não me incomodava que Bob fosse assim. Tudo era festa, e agora é tudo uma droga. Acho que ninguém deveria vagabundear desse jeito, viver às custas de uma mulher e ser tão preguiçoso a ponto de não fazer nada.
6. M: Bem, algo mudou em você.
P: Sim, estou deprimida novamente.
7. M: É isso mesmo. No último verão você teve sua crise maníaca, estava nas alturas, estava mais preocupada em se divertir. Viver aquele prazer era muito mais importante para você do que ter um companheiro responsável.
P: Certo.
8. M: E você tinha feito o mesmo com Frank no ano anterior. Começou a viver com ele em agosto, divertiu-se bastante e então ficou chateada na primavera, quando ele não queria trabalhar, só queria festa.
P: É, parece a mesma coisa.
9. M: Quando está se sentindo o máximo, você é como uma criança, para quem se divertir é escrito com letras maiúsculas. E, quando está por baixo, você é séria como os pais. Você vê o que está errado nos seus companheiros de brincadeira, que continuam se comportando como crianças atrás de diversão.
P: Sim, é exatamente assim.

Nesta entrevista, pequenas interpretações na forma de perguntas (Questões 6, 7 e 9) ajudam a revelar as obsessões e compulsões. A confrontação (Questão 10) auxilia a paciente a perceber que evita esses assuntos.

Fazer interpretações com uma área de abrangência ampla é a técnica utilizada para que Janete — uma enfermeira, branca, de 28 anos de idade — tome consciência de como suas alterações de humor têm afetado a maneira como escolhe seus parceiros e acaba por levar ao rompimento desses relacionamentos. O entrevistador chama a sua atenção para o modo como, na fase maníaca, escolhe homens que querem se divertir (muitas vezes indivíduos com transtorno de personalidade anti-social, alcoolismo ou outros problemas com drogas) e depois, durante os episódios depressivos, se enoja com sua conduta irresponsável.

1. M: E agora, como vão as coisas, Janete? Você ainda está com Bob?
P: Sim, mas as coisas não vão tão bem. No último verão, quando pedi ao Bob que viesse morar comigo, foi ótimo. A gente se divertia tanto e eu realmente gostava de fazer sexo com ele. Agora, não sei o que aconteceu. Fico ressentida com ele.
2. M: De que é que você se ressentente?
P: Não está funcionando. Parece que ele não tem nem vontade de conseguir um emprego.
3. M: Hmm.
P: Ele começa a beber pela manhã e o dinheiro que está usando é o meu.

Impacto sobre o paciente: As interpretações têm um impacto emocional no paciente. Ele pode obter uma maior consciência de sua situação e se sentir sobrecarregado.

Ângela é uma mulher branca, de 46 anos. Ela compreendeu que aceitava os abusos físicos e verbais de seu marido alcoolista em função de sentimentos de culpa e inutilidade quando estava deprimida. A paciente deixou o marido há pouco e começou a trabalhar em um novo emprego. Apesar dos abusos do passado, ela ainda sente uma forte atração sexual por ele. O entrevistador utiliza o eco, a confrontação e a interpretação para esclarecer seus sentimentos.

1. M: A quantas você anda com seu marido, Ângela?
P: Quando Phil está bêbado, ele fica realmente muito mau. Da última vez, ele espatifou um abajur na minha cabeça. Eu tive uma fratura de crânio.
2. M: Então ele a agride mesmo.
P: Às vezes ele é tão gentil...
3. M: Hmm. Então ele tem um outro lado.
P: Habitualmente ele é mau. Não agüento mais. Eu já deveria ter deixado dele há dois anos, quando ele me bateu com o abajur.
4. M: Então você diria que perdeu tempo nos últimos dois anos com ele?
P: Depois de uma briga, ele sabe compensar. Ele é realmente um grande amante.
5. M: Então, fisicamente, você ainda se sente muito atraída por ele.
P: Bem, o que não compensa pela maldade e pelo abuso. Se os seus sentimentos são feridos, isso afeta tudo.
6. M: É por isso que você acabou deixando ele? Porque não vale mais a pena amá-lo.
P: Sim, mas eu cometi um grande erro. Antes de deixá-lo, deveria ter arrebatado com ele. Então, eu deveria ter dito: "Agora eu não quero mais saber de você. Agora vou-me embora".
7. M: Sempre que você me conta algo de ruim sobre seu marido e eu concordo com você, você volta atrás e o elogia.
P: (surpresa) Eu faço isso?
8. M: Eu acredito que você ainda o ama.
P: (chora) Mas é um amor autodestrutivo, e eu sei que, no fundo, fiz a coisa certa, mas me sinto terrivelmente só.

A interpretação (Questão 8) permitiu ao entrevistador ir além das vacilações ambivalentes da paciente, que atrapalhavam a avaliação de seus sentimentos por ter se separado de seu marido. Por fim, a paciente afirma que fez o que era certo, mas que se sente sozinha.

Essa entrevista mostra como uma interpretação pode sobrecarregar o paciente. O entrevistador responsável deve responder à questão:

"Será que o paciente pode digerir uma interpretação neste momento?"

Esclarecer o paciente, resumir o seu comportamento para ele e lhe fornecer *insight* e compreensão a respeito do mesmo são os objetivos da entrevista psicodiagnóstica. Mas você não pode sobrecarregá-lo com mais do que ele é capaz de suportar em uma hora — ou ele poderá não retornar.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Capítulo 3: Técnicas

Indique quais as técnicas de entrevista que produziram as respostas listadas a seguir; registre o número correspondente na coluna da direita.

Resposta:

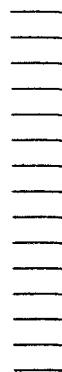
- 1 = falar espontâneo
2 = divagação
3 = respostas adequadas
4 = respostas monossilábicas

- 5 = silêncio
6 = hostilidade
7 = raiva

Técnica de entrevista:

- Perguntas abertas, centradas no paciente
Perguntas abertas, centradas no sintoma
Perguntas fechadas
Perguntas diretivas
Pedidos para que seja mais específico
Pedidos para que generalize
Pedidos para que dê razões para a patologia
Sondagem
Pedidos para que resuma
Inter-relações
Afirmações para ir adiante e continuar

Repetição das declarações do paciente
 Tentativas de redirecionar o paciente
 Perguntas para avaliar os sintomas psiquiátricos
 Transições suaves
 Transições acentuadas
 Transições abruptas
 Confrontações
 Expressões de aceitação
 Deslocamento e substituição
 Indução à fanfarronice
 Interpretações
 Lidar com os mecanismos de defesa
 Desviar os mecanismos de defesa
 Distração
 Reasseguramento



CAPÍTULO QUATRO

TRÊS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. **Observação**
 - Aparência
 - Estado de consciência
 - Comportamento psicomotor
2. **Conversação**
 - Atenção e concentração
 - Fala e pensamento
 - Orientação
 - Memória
 - Afeto
3. **Investigação**
 - Humor
 - Nível de energia
 - Percepção
 - Conteúdo do pensamento
 - Sintomas somáticos sem explicação médica
 - Conversão
 - Dissociação
 - Ataques paroxísmicos ("Acessos")
 - Funcionamento executivo
 - Insight*
 - Juízo crítico

RESUMO

O Capítulo 4 ensina a formar uma opinião a respeito do estado mental do paciente durante a entrevista. O estado mental é um perfil de no mínimo vinte funções psicológicas. A avaliação se faz por meio de observação, conversação e investigação. Este capítulo vai explicitar o que significam esses distúrbios, não o que eles são. Se necessitar de maiores esclarecimentos, consulte o glossário. O Capítulo 5 examinará a testagem, etapa final do exame do estado mental.

▲▲▲▲▲
Hic Rhodos, hic salta!

De acordo com Ésope, no século VI antes de Cristo, os atletas se reuniam na ilha de Rhodes, na Grécia, para competir. Quando derrotado no salto em distância, um atleta se gabou: "Em casa eu fiz muito melhor". A resposta do árbitro foi: "Aqui é Rhodes: você demonstra o seu salto aqui".

▼▼▼▼▼

No exame do estado mental, são o aqui e o agora que contam.

Quando encontrar-se com seu paciente pela primeira vez, imediatamente comece a perceber vários sinais. Esses se condensam na sua primeira impressão. Como entrevistador, sua função é analisar tais sinais como expressões do funcionamento atual do paciente — seu estado mental. Eles são um perfil de seus pontos fortes, fracos e das suas disfunções.

Um quadro completo do nível de funcionamento do paciente no aqui e agora (e nas últimas 24 horas) lhe fornece as informações críticas para se chegar à precisão diagnóstica. No Capítulo 6, discutimos o outro ingrediente-chave: como obter a história do desenvolvimento das disfunções do paciente. A integração dos dois fornece a base para o seu diagnóstico diferencial.

A tarefa de avaliar o estado mental consiste em ser capaz de se manter atento ao comportamento do paciente durante a entrevista, enquanto se trabalha em vários níveis de comunicação. Permanecer vigilante às mudanças de comportamento durante toda a entrevista pode ser um desafio. Com facilidade, você rapidamente aprenderá a monitorar pelo menos vinte funções: aparência, nível de consciência, comportamento psicomotor, atenção, concentração, fala, pensamento, orientação, memória, afeto, humor, energia, percepção, conteúdo do pensamento, insight, juízo crítico, funcionamento social, sugestibilidade, pensamento abstrato e inteligência (Fish, 1967; Kaplan e Sadock, 1989; Mesulam, 1985; Joynt, 1992; Strub e Black, 1993; Taylor, 1993).

FERRAMENTAS

Neste capítulo, examinaremos três métodos de avaliação do estado mental: observação, conversação e investigação. A testagem, último passo no processo de avaliação do estado mental, será abordada no Capítulo 5.

Por meio da observação, são registrados os vários comportamentos e interpretado o seu significado. Para a observação, você não necessita da cooperação do paciente. Em contraste, a conversação e a investigação dependem da sua cooperação integral ou parcial. Assim, é preciso estabelecer um elo de comunicação com ele, de forma a que lhe revele as informações que você necessita.

É necessário sempre, dentro de cada fase do processo da entrevista, monitorar o estado mental do paciente. Neste capítulo, mostraremos o que procurar, o que certos sinais podem indicar e como reunir as informações em uma avaliação completa do estado mental. Começamos com uma descrição geral de cada método.

Observe todos os aspectos do comportamento e da maneira como se apresenta o paciente, como aparência, estado de consciência, atividade psicomotora e afeto, tal como aparecem nos primeiros minutos da entrevista. Para aqueles pacientes que se recusam a falar, a observação costuma ser o único método de avaliação disponível. Quaisquer alterações que você perceba são chamadas de sinais.

A conversação se refere à comunicação indireta e casual com o paciente. Durante a conversação, você avalia as suas condições, enquanto ele parece ainda relativamente espontâneo e desarmado, sem se dar conta de que a avaliação já começou. Enquanto conversa, você pode avaliar seu senso de orientação, a fala, o pensamento, a atenção, a concentração, a compreensão e a memória remota, recente e imediata. O paciente verbalmente agressivo, hostil ou defensivo pode se recusar a cooperar com a investigação, mas não com a conversação.

A exploração oferece um método para se penetrar nas experiências internas do paciente, que não estão à mos-

tra, como humor, motivação, percepção, conteúdo do pensamento, insight e juízo crítico. Para discerni-los, o paciente deve ser motivado a falar. Se ele deseja falar sobre seus problemas, você avalia os sintomas.

A observação, a conversação e a investigação ocorrem durante toda a entrevista. Com alguns pacientes, esses três métodos podem ser usados em uma sequência ininterrupta, como no exemplo a seguir:

Este veterano de 35 anos foi trazido ao serviço de emergência pela polícia. Parecia desalinhado, caminhava de modo inseguro e cheirava a álcool. Seu antebraço mostrava uma tatuagem.

- M: Posso dar uma olhada na "Águia Americana" aí no seu braço? (observação)
P: Esteja à vontade. (obviamente o paciente compreende o que o entrevistador está dizendo e dá uma resposta bem-orientada)
M: Não é isto que os fuzileiros navais tinham nas suas boinas? (conversação)
P: Você não sabe do que está falando.
M: Faz muito tempo que você tem essa tatuagem?
P: Não quero falar sobre isso.
M: Você quer dizer que está enjoado dela? (na tentativa de adivinhar os sentimentos latentes do paciente, o entrevistador o convida a falar de si mesmo — tentando iniciar a investigação)
P: Mas o que é isso? Enjoado!? Consegui isso no Vietnã. Tínhamos acabado de sobreviver a uma emboscada e todos ficamos bêbados e fizemos as tatuagens! No dia seguinte, fui expulso; me mandaram para a Corte Marcial por roubo e me ferraram.
M: Quer dizer que não foram justos com você? (investigação focada no sofrimento)
P: Todos foram. Eu simplesmente peguei algumas coisas para conseguir um pouco de comida e um pouco de droga. Era difícil me manter sem isso.
M: Então, você começou a usar droga no Vietnã. Você ainda usa?
P: Não. Agora é só álcool.
M: Isso lhe traz problemas?
P: Eu não estaria aqui, não é? Apenas me deixa em paz, tá bom? Antes que eu quebre a sua cara.
M: Então o Vietnã realmente o deixou com problemas. Vamos ver como posso ajudá-lo a sair deles.
P: É, aquilo foi uma guerra de verdade.

Conversando a respeito da tatuagem observada, o entrevistador toma conhecimento de que o paciente é irritável, hostil e facilmente provocável pela investigação. Ele tem um afeto lábil, mas é capaz de compreender e responder às perguntas. Quando sente que se tornou o alvo de interesse no intercâmbio verbal, retoma seu com-

portamento hostil. Como entrevistador, você precisa aprender a retroceder na investigação e voltar para a conversação se o paciente tornar-se hostil.

1. OBSERVAÇÃO

A observação perspicaz de um paciente pode fornecer muitos insights sobre ele. Esse relato de uma enfermeira mostra o quanto se pode aprender por meio da observação.

Uma mulher branca, de 22 anos, casada, fora recém-admitida em um serviço de pacientes hospitalizados. Raquel estava deitada na cama, de barriga para baixo, com o rosto enterrado no travesseiro. Não respondia às perguntas nem às ordens. Quando lhe avisei que o médico logo chegaria, ela não pareceu notar. Depois que eu saí, espiei pela janelinha da porta. Ela saiu da cama, foi até o banheiro contíguo e voltou maquiliada e com o cabelo penteado, e então retomou sua posição na cama, com o rosto virado para baixo.

Raquel obviamente está alerta, compreende e lembra as observações da enfermeira. Seus movimentos motores se mantêm flagrantemente intactos, sem estupor ou problemas de postura, e ela pode desempenhar ações com um objetivo definido.

Como esse exemplo demonstra, a observação inicia antes que você comece a falar com o paciente. Observe sua aparência, estado de alerta (nível de consciência), comportamento psicomotor e afeto. (Para avaliar o afeto, você precisa — além da expressão facial — do conteúdo do pensamento do paciente, o qual discutiremos no item 2: Conversação.)

Não é necessária uma técnica sofisticada para se observar e avaliar a aparência, a higiene ou a origem étnica. Mas o entrevistador deve evitar avaliações estereotipadas dos pacientes, supondo, por exemplo, que o adolescente com três brincos na orelha exibe excentricidade, quando este código de aparência é endêmico entre jovens de 14 anos. Mantenha o senso de contexto em relação ao paciente e evite tirar conclusões até ter considerado cuidadosamente todos os aspectos do estado mental. Só então você terá um quadro mais preciso daquele que é, afinal de contas, um indivíduo singular sentado à sua frente.

Aparência

No momento em que você conhece o paciente, obviamente vai notar sexo, idade, raça, estado nutricional, tipo físico (ver Glossário), higiene, maneira de vestir e tipo de contato visual. Você pode observar aspectos associados à presença ou ao início de certas psicopatologias.

Sexo e idade

O sexo e a idade costumam ser relevantes para o diagnóstico, já que existem doenças associadas a esses fatores em termos de frequência maior ou menor. Por exemplo, nas mulheres, a anorexia e a bulimia nervosas, a somatização e os transtornos do humor são mais comuns; nos homens, a personalidade anti-social e o abuso do álcool acontecem mais frequentemente.

Em pacientes jovens, a anorexia nervosa, o transtorno de somatização, a personalidade anti-social e a esquizofrenia são encontrados com maior frequência; em pacientes mais velhos, a demência degenerativa. Um paciente que parece mais velho do que sua idade pode ter uma história de abuso de drogas, transtornos cognitivos, depressão ou doença física.

Raça e origem étnica

A raça e a origem étnica são mais do que fatores de descrição demográfica. Podem ser uma fonte de estresse ou reação de adaptação, e podem influenciar o desencadeamento e a prevalência das doenças mentais. Algumas culturas atribuem diferentes significados a diferentes comportamentos; a pessoa com delírios (psicótica) pode ser vista como possuída por espíritos. Para algumas culturas ágio-americanas, nas quais os problemas devem ser enfrentados dentro da família, trazer o problema a um terapeuta é uma experiência profundamente vergonhosa. Pessoas com essa formação cultural podem levar muito tempo antes de consultar um profissional da saúde mental e podem se apresentar com sinais mais graves de deterioração do seu funcionamento psicológico.

A discrepância entre os antecedentes culturais do entrevistador e os do paciente pode influenciar a sua interação. Se você difere do paciente quanto a raça, cultura ou nacionalidade, ele pode reagir com cautela ou desconfiança. Eis aqui um exemplo:

Uma mulher afro-americana, enfermeira, lésbica, foi ressuscitada após uma séria tentativa de suicídio (enforcamento) na enfermaria do hospital. Seu médico residente, imigrante de Israel, conversou com ela depois do incidente e lhe perguntou a respeito de seus pensamentos ou planos atuais de suicídio. A paciente o negou enfática e repetidamente. Ele acreditou nela. Entretanto, a paciente confidenciou para uma enfermeira da equipe, também afro-americana, que da próxima vez, que seria em breve, ela não fracassaria. A distância em termos de raça, gênero e nacionalidade produziu avaliações dramaticamente discrepantes.

O que você pode fazer para minimizar os pressupostos estereotipados sobre o comportamento? Obtenha

informação sobre a conduta em diferentes etnias e culturas. Peça ao seu paciente que o auxilie a compreender como seu comportamento é encarado em sua família ou em seu país.

As investigações científicas demonstram que os antecedentes étnicos estão associados com algumas doenças psiquiátricas. Por exemplo, existe mais alcoolismo entre irlandeses, algumas tribos nativas americanas, franceses e italianos, e baixos índices de alcoolismo são encontrados entre os americanos de origem asiática (Goodwin e Guze, 1989).

Estado nutricional

Um estado nutricional precário pode ser o resultado de uma doença mental ou física, como, por exemplo, a anorexia nervosa em mulheres jovens; a anorexia devido ao abuso de álcool e de outras drogas; esquizofrenia; depressão ou doenças médicas, como câncer, diabetes ou endocrinopatias.

Em contraste, a obesidade pode indicar transtorno da alimentação; transtorno de somatização; transtorno do humor com hiperfagia; ou uso de drogas psicótropas, como a mirtazapina (Remeron), valproato de sódio (Depakote), lítio, sedativos neurolépticos (amipilil e outras fenotiazinas, incluindo a clozapina; Cohen e cols., 1990), e olanzapina (Zyprexa). Se existe uma dúvida a respeito da etiologia, você pode ter que abordar diretamente os hábitos alimentares do paciente (Seção 3: Investigação).

Higiene e modo de vestir

Negligência consigo mesmo indica a presença de certos transtornos psiquiátricos, como demência, abuso de álcool ou drogas, depressão ou esquizofrenia: uma barba de três dias, manchas de comida na roupa, sapatos enlameados, mau cheiro, unhas sujas. Por outro lado, um capricho excessivo e mãos vermelhas podem revelar a prática de lavar as mãos em excesso, tal como se observa no transtorno obsessivo-compulsivo.

A vestimenta pode revelar o status social e profissional, o engajamento em atividades de lazer e de trabalho, ajustamento à estação, a atitude em relação à sociedade ou um estado de humor extremo, como mania ou depressão. Alguns pacientes com doença bipolar comunicam seu estado de humor pela aparência:

Uma senhora de 65 anos, quando estava maníaca, se vestia de vermelho vivo, usava muitas jóias, tingia os cabelos de um tom acobreado e pintava os lábios de um vermelho brilhante. Quando estava deprimida, deixava o cabelo grisalho crescer, vestia-se com cores escuras e não usava maquiagem.

Em geral, um traje muito exuberante, com roupas que não combinam e maquiagem excessiva indicam sintomas histéricos ou maníacos ou, então, um transtorno cognitivo. Uma vestimenta altamente excêntrica, não-conformista ou flagrantemente inadequada pode ser um sinal de comportamento psicótico. O entrevistador deve avaliar onde está a inadequação. Os exemplos a seguir oferecem algumas ilustrações: o electricista que usa um smoking para atender a um chamado; a advogada de meia-idade que comparece à consulta usando um *bustier*, jeans e pés descalços; o paciente que usa óculos escuros dentro de casa e explica: "Eu não quero que os outros vejam os meus olhos e leiam a minha mente". Esses indícios deveriam alertá-lo, mas não predispor-lo a favor ou contra um diagnóstico.

Contato visual

A maioria dos pacientes mantém contato visual e segue com os olhos os movimentos e gestos do entrevistador. Movimentos oculares aberrantes são indícios diagnósticos: olhos errantes revelam distratibilidade, alucinações visuais, mania ou deterioração cognitiva. A evitação do contato visual pode expressar hostilidade, timidez ou ansiedade. O rastreamento constante do olhar pode revelar desconfiança. Se apropriado, questione o paciente quanto a esses indícios: as respostas podem levá-lo diretamente à patologia.

- Estado de consciência

O nível de consciência varia com a ingestão de álcool, drogas ou com certos ataques paroxísmicos, incluindo desmaios, ataques de narcolepsia, pequeno mal*, complexo parcial, grande mal** e pseudoconvulsões. As últimas só raramente são observadas durante uma entrevista, quer com pacientes internados, quer com pacientes ambulatoriais. Você não deve deixar de perguntar ao paciente se ele alguma vez experimentou esses tipos de ataques (ver Seção 3: Investigação).

A letargia pode indicar um distúrbio mental devido a uma condição médica geral, a um delírium, a uma demência, ou a estados amnésicos ou outros transtornos cognitivos. Não parta do pressuposto de que a letargia é o resultado de depressão, intoxicação por álcool ou drogas. Somente a investigação e a testagem podem dizer-lhe qual a etiologia (ver Capítulo 5, Seção 1: Testagem, nível de consciência).

*N. de T.: Pequeno mal: Crises epilépticas sem convulsões.

**N. de T.: Grande mal: Convulsões tônico-clônicas.

O estupor psicogênico poderá complicar o pânico, a somatização e os transtornos de humor, a esquizofrenia do tipo catatônico, além do delírio, da demência, dos estados amnésicos e de outros transtornos cognitivos.

Comportamento psicomotor

O comportamento psicomotor oferece vários indícios diagnósticos sobre o estado de alerta, afeto, nível de energia, agitação e perturbações dos movimentos em uma ampla variedade de transtornos neurológicos e psiquiátricos. O entrevistador deve prestar atenção à postura do paciente e manter-se alerta às respostas do sistema autônomo e a sete tipos de atividade psicomotora: postura, movimentos expressivos, movimentos reativos, vestimenta e penteado, gestos, movimentos simbólicos e movimentos dirigidos a um objetivo (ver também Capítulo 5: Testagem).

A atividade psicomotora é o meio pelo qual se dá a comunicação não-verbal. Portanto, é importante que você registre os diferentes tipos de atividade motora e aprenda a interpretá-las. Do ponto de vista diagnóstico, os movimentos podem ser agrupados em quatro categorias:

1. postura
2. movimentos psicomotores
3. movimentos que exprimem afeto
4. movimentos complexos anormais

1. Postura

A postura mantém o tônus muscular do corpo. Como diagnosticista, você está interessado na força desse tônus muscular e na mudança de postura. O tônus muscular reflete o nível de energia e de tensão da pessoa. As mudanças rápidas na postura, como se vê no caminhar rápido, revelam agitação. Você observa um alto tônus muscular em um paciente tenso e agitado, enquanto o paciente calmo ou sonolento mostra um tônus baixo.

A postura ereta pode expressar um aumento no nível de energia, e uma postura encurvada, um decréscimo. Os maneirismos, a catalepsia, postura patológica e flexibilidade cêrea são sinais de esquizofrenia, tipo catatônico, de transtorno do humor sem outra especificação ou de lesões do mesencéfalo.

2. Movimentos psicomotores

Os movimentos psicomotores e a fala servem como expressão de pensamentos e de ações. É importante distinguir entre movimentos dirigidos a um objetivo, gestos expressivos e ilustrativos e gestos simbólicos.

Movimentos dirigidos a um objetivo: O paciente executa suas ações por meio de movimentos dirigidos a um objetivo. Como diagnosticista, você julga se o objetivo foi alcançado. Por exemplo, o paciente maniaco pode iniciar os movimentos, mas nunca completar a ação ou atingir o objetivo. Os movimentos dirigidos a um objetivo diminuem na depressão, no parkinsonismo e no parkinsonismo induzido por neurolepticos. Nos dois últimos, todos os movimentos dirigidos a um objetivo estão enrijecidos.

Você pode pedir ao paciente que desempenhe uma determinada tarefa para avaliar a natureza de seus movimentos dirigidos a um objetivo. Observe a latência inicial, a velocidade, a eficiência, a capacidade de completar a realização do movimento e o nível e o grau de controle. Os resultados demonstrarão as áreas de interesse. A psicose pode perturbar o nível de controle. O paciente poderá sentir como se seus movimentos lhe fossem impostos a partir de uma força exterior a si mesmo.

Um paciente que sofre de um transtorno de déficit de atenção — hiperatividade pode escrutinar o seu consultório, olhando em volta, ficando em pé, agarrando objetos que lhe despertam interesse. Tal paciente permanece no modo exploratório. Ele tem dificuldade em se envolver em uma única atividade, como a de dirigir sua atenção à entrevista.

Gestos expressivos e ilustrativos: Os gestos expressivos e ilustrativos acompanham a fala. Enfatizam o que o paciente tenta comunicar verbalmente. Na sua forma mais simples, a pessoa pode ilustrar a altura, a largura ou a forma de um objeto. As crianças e os adultos de pouca instrução enriquecem suas histórias com esse tipo de movimento das mãos. Uma pessoa mais sofisticada utiliza menos gestos ilustrativos, expressando sua atitude e sentimentos por gestos mais abstratos. Por exemplo, pode cerrar o punho para indicar a resolução de seguir uma determinada ação. Diferentemente dos movimentos ilustrativos, os movimentos expressivos não duplicam a mensagem verbal, mas a complementam.

Gestos simbólicos: Os gestos simbólicos são específicos de cada cultura. Eles não complementam nem enfatizam a fala, mas a substituem. O significado do sinal "OK", por exemplo, é claro nos Estados Unidos, sem qualquer verbalização.

Embora os movimentos sejam avaliados por meio da observação, eles são iniciados e se tornam compreensíveis no contexto da fala. A fala pode ocorrer como um monólogo ou pode ser ouvida por acaso, enquanto é dirigida a outra pessoa que não o entrevistador.

3. Movimentos que exprimem afeto

Esses movimentos são observáveis. São desencadeados principalmente durante a conversação. Portanto, serão discutidos no item Afeto (ver a seguir).

4. Movimentos complexos anormais

Os movimentos complexos anormais incluem o estupor (citado anteriormente), a excitação e as ações impulsivas (Fish, 1967). Você observa estágios de excitação em pacientes com depressão agitada, mania e esquizofrenia dos tipos catatônico e paranoide. A excitação catatônica pode reduzir a expressão facial, mas exagerar, enrijecer e distender outros movimentos. Uma destrutividade sem sentido, violenta e indiscriminada caracteriza a confusão pós-epiléptica e a embriaguez patológica. As ações impulsivas indicam um déficit de insight e/ou juízo crítico.

Os movimentos com uma base neuropatológica são os tremores, a acatisia, a discinesia tardia, a coreia, os movimentos atetóicos e os tiques. Suspeite de que um tremor seja histérico se estiver limitado a um membro só, se for irregular e variável ao longo do tempo. O tremor aumenta de intensidade com o medo e com a intencionalidade do movimento, e diminui com a distração. Além do tremor do parkinsonismo, também a acatisia e a discinesia tardia são induzidas pelos neurolepticos.

Os movimentos atetóicos e os coreicos indicam uma doença neurológica e a diferenciam da catatonía. Ambos interferem com as ações voluntárias, mas desaparecem com o sono.

Eis aqui um exemplo de tique:

Um jovem de 19 anos, branco, entra no consultório acompanhado por sua mãe. Enquanto ela apresenta seu filho, ele, por três vezes, vira a cabeça para o lado esquerdo, berrando: "Merda, merda, merda."

Esse movimento é um tique motor e está associado a um tique vocal, a exclamação de obscenidades; estes são os achados essenciais da síndrome de Gilles de la Tourette. Crianças com tiques ou síndrome de Tourette geralmente não sofrem de perturbações ou prejuízos clinicamente significativos. Os tiques podem ser motores ou vocais, independentes um do outro, e podem ocorrer de forma crônica, por mais de um ano, ou transitória, por menos de um ano. Diferencie esses tiques dos transtornos dos movimentos estereotipados que também são repetitivos e não-funcionais. Exemplos deles são: sacudir as mãos, acenar, balançar o corpo, bater com a cabeça, colocar objetos na boca, morder-se, beliscar a pele ou

orifícios do corpo, golpear o próprio corpo — todos podem estar associados a comportamentos de autoferimento. Esses transtornos dos movimentos começam como tiques e Tourette na infância e muitas vezes atingem o auge na adolescência. Com frequência, os transtornos dos movimentos estereotipados estão associados ao retardo mental, à cegueira, à surdez e a ambientes institucionais. (Para movimentos anormais induzidos, ver Capítulo 5, Seção 8: Reflexos e movimentos patológicos.)

A observação pode, portanto, render uma grande quantidade de informações a respeito do estado mental atual do paciente e levá-lo a formular hipóteses sobre as disfunções, que podem então ser mais elaboradas durante a conversação e a investigação.

5. Perturbações dos movimentos em alguns transtornos psiquiátricos

Pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem lhe dar indícios se for observada sua atividade motora. Eles se remexem na cadeira e podem levantar-se para examinar os diplomas na parede. Eles podem queixar-se de que não conseguem ficar sentados, pedir para ir ao banheiro, solicitar uma patisa para fumar um cigarro ou pedir para beber água. Eles podem parecer inquietos.

A depressão agitada aumenta o comportamento de andar de um lado para o outro em um nível quase incontrolável, mas empobrece todos os outros movimentos. Pacientes catatônicos apresentam um bloqueio de todos os movimentos psicomotores, semelhante ao bloqueio do pensamento. Esse estupor pode ter duração limitada e não produzir uma lentidão geral depois que o bloqueio é superado. O paciente catatônico pode recusar-se a falar, mas responder apressadamente depois que você virou as costas para sair da sala. Isso é chamado de "reação no último momento".

2. CONVERSAÇÃO

Na conversação casual, o paciente costuma manter-se muito menos em guarda. Os seus pontos de tensão ainda não foram atingidos, e você pode avaliar mais facilmente e de maneira disfarçada uma série de aspectos, incluindo atenção, concentração, fala, pensamento e afeto. Distúrbios ou fraquezas em qualquer uma dessas áreas podem indicar disfunções específicas. Algumas áreas, como o afeto, são avaliadas tanto pelos padrões da fala quanto das expressões faciais ou movimentos corporais. Outras, como a atenção e a concentração, podem ser avaliadas nos momentos iniciais da conversação. Novas descobertas sobre o paciente podem apontar na direção dos

problemas que requerem uma investigação mais aprofundada.

Enquanto observa o paciente, você pode dar início à parte verbal da entrevista psicodiagnóstica, começando por um pouco de "conversa fiada" a respeito de qualquer assunto que não faça parte dos seus problemas. O que você pode estar procurando?

Atenção e concentração

Quando conhecer um novo paciente, pergunte-lhe onde ele estacionou ou quando marcou a consulta. Isso lhe permite determinar o seu nível de atenção, concentração, orientação e memória. Se as suas respostas são breves, tente dar seguimento e conseguir mais detalhes. Verifique se ele se atém às suas perguntas ou se deixa levar para onde quer que seja. A concentração se limita a assuntos interessantes? Ele pode se concentrar somente quando fala, ou também quando ouve?

Transtornos psiquiátricos podem se revelar durante essa conversação inicial. Pacientes que satisfazem os critérios para um dos quatro subtipos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (American Psychiatric Association, 2000, p. 85 a 93) podem dar indícios de seu déficit de atenção, tais como: não serem capazes de descrever detalhes, se aterem a tópicos, escutarem suas perguntas ou organizarem sua história médica ou psiquiátrica quando lhes são feitas perguntas amplas e abertas. Eles podem expressar desagrado quando você testa sua atenção (ver Capítulo 5: Testagem), ou dizer que se esquecem das coisas com frequência e demonstrar esse sintoma não tendo consigo as medicações para serem revisadas ou o talão de cheques para fazer o pagamento. Eles também podem distrair-se com ruídos no corredor, um telefone que toca ou uma pessoa que passa pela janela. Além disso, intoxicação por álcool ou outras substâncias faz com que o paciente pareça sonolento e desatento, e a depressão diminui o interesse e a concentração. Pacientes com lesão no lobo frontal inicialmente se mostram alertas e atentos, mas logo perdem o foco da atenção.

Fala e pensamento

A fala é o pensamento codificado; decodificá-la é compreender o que o paciente está pensando. A fala e o pensamento devem ser separados para que se possa avaliar o paciente de maneira eficaz. A primeira é executada pelos centros da fala no hemisfério cortical dominante. Os transtornos da fala podem indicar transtornos no pensamento, mas nem sempre. Nesta seção, mostraremos o que pode ser encontrado, prestando atenção à fala do paciente.

A fala

A fala do paciente abre uma janela para o seu pensamento, uma avenida de percepção para a variada gama de afetos e um reconhecimento dos distúrbios de articulação. Para aprofundar a compreensão dessas áreas, leve o paciente a falar de temas emotivos. Ao responder a questões emocionalmente carregadas, o paciente revela seu espectro de afetos. A que você deve ficar atento? Em termos de distúrbios da fala, examine a articulação, o ritmo e o fluxo; quanto ao pensamento, monitore o uso das palavras, a gramática e a estrutura das frases; em termos do afeto, observe o período de latência até a resposta, a velocidade, o tom, a quantidade, o volume e a inflexão da voz.

Em entrevistas com crianças e adolescentes, verifique os critérios do DSM-IV-TR para transtorno fonológico e gagueira (American Psychiatric Association, 2000, p. 65 a 69). A impulsividade do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade também pode ser demonstrada por pacientes adultos, que podem interrompê-lo, saltar impaciavelmente para outros tópicos ou intrrometer-se se você atende o telefone, procura alguma informação em um livro ou faz alguma anotação.

Aspectos formais da fala: Os transtornos da articulação (disartria ou articulação indistinta) costumam indicar uma doença neurológica ou intoxicação, especialmente com sedativos, hipnóticos e álcool.

A perturbação do ritmo é chamada de *disprosódia*. Por exemplo, a fala escandida (isto é, a pronúncia das palavras com pausas entre as sílabas) ocorre na esclerose múltipla, a fala em *staccato*, na epilepsia psicomotora e a fala murmurante, na Coreia de Huntington.

Faça a distinção entre velocidade e fluxo. Quando o fluxo está perturbado, os pacientes falam em fragmentos ou misturam as palavras. Se é difícil interromper o paciente, isso pode sugerir uma falta de controle inibitório. O fluxo contínuo da fala, ou pressão, está muitas vezes associado à taquialia, isto é, fala difícil de interromper. Pacientes com mania ou intoxicação por álcool ou drogas estimulantes podem apresentar ambas as alterações; os pacientes com ansiedade, delírios de perseguição ou pensamento obsessivo-compulsivo podem mostrar somente urgência.

Os danos aos centros da fala no cérebro interferem na capacidade de falar e provocam diferentes formas de afasia. Tanto a velocidade quanto o fluxo da fala estão alterados nas afasias. A fala não-fluente — com muitas pausas e sem preposições, conjunções ou pronomes entre os substantivos e os verbos — é chamada fala de *estilo telegráfico*. O paciente luta para encontrar as palavras adequadas e emprega circunlóquios para aquelas que não

consegue lembrar. Nesses casos, o paciente tem uma afasia expressiva (motora), uma lesão na área de Broca, no hemisfério frontal dominante. Essa pode desenvolver-se subitamente, após um acidente vascular cerebral ou traumatismo craniano, ou lentamente, motivada por tumores cerebrais e pelo início da senilidade (Doença de Alzheimer). Os circunlóquios auxiliam a distinguir entre a depressão e a demência senil incipiente. (Os pacientes mais velhos frequentemente esquecem os nomes das coisas. É o esquecimento da senescência, uma forma benigna de afasia, não-relacionada à demência.)

— A fluência contínua e desprovida de sentido é denominada *salada de palavras*. Aqui não há pausas; os substantivos são substituídos por outros, incorretos (parafasia). Incapaz de compreender o que você lhe diz, esse paciente tem afasia receptiva sensorial. A área de Wernicke, no lobo temporal do hemisfério dominante — responsável pela decodificação da fala —, está afetada.

Na fala parafásica, o paciente utiliza a palavra errada, inventa novas palavras ou distorce a estrutura fonética das palavras. Os neurologistas reconhecem diferentes formas de parafasia: semântica, literal, por aproximação e por neologismos.

Na parafasia semântica, a palavra correta é substituída por uma outra, também correta em termos semânticos, porém inadequada:

“Eu escrevi a carta com a minha grama.”
“Eu gosto de dirigir por aí na minha barraca.”

Na parafasia literal ou fonêmica, somente uma sílaba ou letra é substituída:

“Eu escrevi a carta com a minha taneta.”

Na parafasia por aproximação de palavras, a palavra correta é substituída por uma outra, incorreta, que guarda alguma relação com a primeira:

“Eu escrevi a carta com o meu brinquedo de escrever.”

E, por último, os neologismos são as palavras novas, criadas pelo paciente:

“Eu escrevi a carta com a minha casemia. Aos domingos eu gosto de assistir o meu folcalmo.”

A parafasia também é observada em alguns pacientes esquizofrênicos ou em outras psicoses funcionais sem um distúrbio orgânico conhecido.

Aqui fornecemos alguns indicadores para o diagnóstico diferencial entre afasia receptiva e fala parafásica que indica pensamento desorganizado em pacientes com esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo e transtorno psicótico breve. As afasias receptivas apresentam:

- pobreza de verbos e substantivos
- abundância de conjunções, preposições e interjeições
- neologismos empregados ao acaso, de modo não-repetitivo e sem um significado fixo
- expressões isoladas, ininteligíveis na sua estrutura gramatical (ver Capítulo 5: Testagem)

Para entrevistas com crianças ou adolescentes, você vai encontrar características adicionais na seção “Transtornos da Comunicação” do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, p. 58).

Contrastando com isso, o paciente esquizofrênico usa repetidamente os mesmos neologismos e lhes atribui um significado particular. A estrutura gramatical das expressões permanece intacta. Além do uso de neologismos, os pacientes com esquizofrenia exibem outras formas de desorganização, como descarrilamento, frouxidão de associações e tangencialidade. É raro que a fala desorganizada de pacientes esquizofrênicos seja tão extrema que lembre uma afasia receptiva com desorganização linguística, como incoerência ou *salada de palavras*.

Já os pacientes com retardo mental usam a gramática de forma incorreta, assim como alguns pacientes com esquizofrenia, pacientes com lesões nas áreas da fala e, obviamente, estrangeiros que não falam bem a língua. Mais detalhes da construção agramatical das frases na fala e na escrita serão fornecidos no próximo item, *Pensamento*, e no Capítulo 5: Testagem.

Fala e afeto: O afeto se reflete nas respostas autônomicas do paciente, nos movimentos reativos, faciais e de arrumar a indumentária ou o penteado e, ainda, na sua fala. O afeto está perturbado em vários transtornos psiquiátricos. Um período prolongado de latência até a resposta a suas perguntas, por exemplo, pode indicar afeto deprimido. A mania diminui o tempo de resposta. A esquizofrenia o faz variar. Esteja alerta para as diferenças entre o afeto deprimido e a baixa inteligência. O paciente com retardo mental ou demência responde rapidamente a perguntas simples, concretas, breves, mas hesita na sua resposta a questões mais complexas.

O tom da voz também é um indicador de transtornos psiquiátricos: o paciente maniaco pode estar rouco de tanto falar; o paciente alcoolista de tanto fumar e de irritação na garganta pelo uso do álcool. Se não for devido a um problema de audição, o falar alto indica falta de inibição e pode ser causado por mania ou intoxicação. Uma voz suave, hesitante, reprimida, pode indicar depressão e ansiedade.

A inflexão da fala reflete o afeto. O paciente deprimido ou esquizofrênico pode falar com uma voz monótona, enquanto os maníacos ou os pacientes com transtorno

de somatização a modulam excessivamente. O paciente ansioso e excitado muitas vezes fala num tom ascendente, tom que cai com a tristeza.

O pensamento

O pensamento é transmitido por meio da fala. Você precisa distinguir o transtorno da fala do transtorno do pensamento. Também é necessário excluir um transtorno de compreensão antes de diagnosticar um transtorno do pensamento. Três critérios ajudam na avaliação do pensamento: o conceito das palavras, a firmeza das associações e a integridade de objetivos.

Conceito das palavras: Os pacientes que apresentam problemas com o conceito das palavras as utilizam de uma maneira concreta e excessivamente inclusiva. Você habitualmente detecta essa desordem formal do pensamento durante a conversação inicial, como mostra o exemplo abaixo:

1. Pensamento concreto

M: O que o trouxe aqui?
P: Um carro. Eu vim de carro.
M: Eu me refiro a que tipo de problema você tinha?
P: Não houve problemas. O carro não tinha problema nenhum. O meu irmão estava dirigindo.

Observe que o paciente não consegue compreender o significado abstrato da pergunta a respeito de sua saúde, e a interpreta no seu sentido literal. Tanto o paciente mentalmente retardado como o esquizofrênico (Goldstein, 1964) não conseguem captar o significado simbólico das palavras e as limitam a uma situação específica. Portanto, o pensamento concreto não é específico da esquizofrenia (Payne e Hewlett, 1960). O pensamento concreto pode ser testado ao pedir-se ao paciente que interprete um provérbio com o qual ele esteja familiarizado (ver Capítulo 5: Testagem).

2. Expressões excessivamente inclusivas: O oposto do pensamento concreto, a expressão excessivamente inclusiva expande o conceito da palavra (Cameron, 1964):

M: Qual o problema que o trouxe aqui?
P: O Oeste. Tudo que vem do morno para o frio, do Oeste, tudo o que é levado. Eu vivo mais a oeste daqui, vindo com o vento que sopra do oeste. Todos os problemas estão mais ao leste. Meus problemas me trazem do Oeste para o Leste.

Nesse caso, o pensamento excessivamente inclusivo do conceito “problema” leva o paciente a elaborar sua crença de que haja mais problemas na política internacio-

nal no Leste do que no Oeste e então encaixa a si próprio nesse esquema. Já que ele próprio tem problemas, deveria ir para o Leste. Além disso, esse paciente apresenta pensamento concreto ao referir-se ao vento que sopra do morno para o frio como uma analogia para os próprios problemas. Payne e Hewlett (1960) relatam que uma bateria de testes distinguiu os pacientes esquizofrênicos dos pacientes deprimidos ou neuróticos a partir de um fator denominado "inclusão excessiva", mas não discrimina esses grupos de pacientes em torno dos fatores denominados *retardamento* ou *concretude*.

Firmeza das associações e integridade dos objetivos: Com que firmeza seu paciente conecta palavras e expressões? As diferentes formas são: perseverança, verbificação ou palilalia, associação por ressonância, bloqueio e descarrilamento, fuga de idéias, *non sequitur*, fragmentação, divagação, fala sem sentido e salada de palavras. Os hiatos lógicos entre as expressões são chamados de *afrouxamento* das associações. As conexões firmes levam à inclusão de detalhes mínimos, que resultam em fala circunstancial. O transtorno da associação costuma levar à perda da integridade dos objetivos.

Nos exemplos seguintes, descrevemos dois tipos de associações em que o objetivo está total ou parcialmente preservado: a circunstancialidade e a tangencialidade.

Circunstancialidade: A fala circunstancial tem associações ligadas muito firmemente que, no final, acabam por atingir seu objetivo, mas o pensamento está sobrecarregado por desvios ao longo de uma rota tortuosa e interminável, repleta de detalhes irrelevantes, como se observa no exemplo de Dorothy.

M: O que a trouxe aqui?

P: Eu tenho essa sensação. Vou explicar. Lembro de quando eu tinha oito anos e tinha uma mancha de sujeira nas minhas calças. Posso não ter-me limpado bem. Sempre tinha a sensação de me contaminar. Qualquer lugar onde eu pusesse as minhas coisas ficaria contaminado. Tenho que evitá-lo. Não precisa ser sujeira propriamente dita, simplesmente o pensamento de que a sujeira esteja lá. Eu contaminaria as minhas roupas. As roupas contaminadas poderiam me contaminar. Então, quando olho para trás, quero saber se estou limpa ou se contaminei a cadeira. É por isso que olho para trás, para ver se há qualquer sinal de contaminação. Sei que é bobagem. Mesmo quando não estou completamente limpa, a sujeira pode passar pelas minhas roupas. Sinto que tenho que olhar para trás a toda hora. Foi por isso que eu vim.

Dorothy apresenta perseveração quanto ao tema e uma circunstancialidade típica dos transtornos cogniti-

vos e obsessivo-compulsivos. Também na mania se observa a circunstancialidade, ocasião em que está se apresenta como um enriquecimento com muitas pequenas associações livres irrelevantes, só muito frouxamente ligadas ao objetivo do pensamento. Portanto, os pequenos detalhes do exemplo anterior não correspondem à circunstancialidade maniaca.

Tangencialidade: O pensamento tangencial pode apresentar associações firmes ou frouxas. As respostas do paciente não atingem o alvo, mas ficam nas proximidades.

M: O que o trouxe aqui?

P: Eu me sinto assim. O tempo todo. É toda a conversa que está à minha volta. Será que você consegue imaginar como é que é quando ela se espalha? Primeiro foi no meu trabalho. Depois no meu bairro. Agora parece que é em toda parte.

M: Essa conversa o incomoda?

P: Tem a ver com o que os outros pensam. Ela mostra o que os outros pensam. É como pensar em voz alta. Você ouve em toda parte e sabe que continuam pensando porque eles falam.

Integridade dos objetivos e associação das frases: O paciente que pensa com um objetivo definido pode lhe fornecer uma história coerente e responde precisa e objetivamente às perguntas. Nos transtornos graves do pensamento, a meta é perdida e as associações estão perturbadas. Aqui apresentamos 10 diferentes tipos desses transtornos.

1. Perseveração: O paciente repete as mesmas expressões e as mesmas palavras, embora o tema da conversa possa mudar, ou, então, ele adere ao mesmo tema.

M: O que o trouxe aqui?

P: Eu vim em função do problema da mania. O senhor sabe, tem a ver com a minha situação. Em casa, o que é meu desaparece. Essa é a situação, o senhor sabe. Eu acredito que meu genro tem a ver com isso. Na minha situação, não sei o que fazer. Essa é a situação.

O paciente repete o termo "situação" várias vezes. A palavra repetida é denominada *expressão-padrão*. Em um outro exemplo de perseveração, o paciente é incapaz de mudar de um assunto para outro.

M: O que você comeu no café da manhã?

P: Cereais.

M: O que você comeu no almoço?

P: Cereais.

M: E no jantar?

P: Cereais.

→ A perseveração se observa no transtorno depressivo maior, na lesão do lobo frontal e na esquizofrenia tipo catatônico.

2. Verbificação ou palilalia: Os pacientes catatônicos e, por vezes, os maníacos repetem automaticamente certas palavras ou expressões, especialmente no final da frase.

M: Que problema o trouxe aqui?

P: Meus problemas me trouxeram aqui, problemas me trouxeram aqui, me trouxeram aqui.

3. Associação por ressonância: A associação por ressonância não é ditada nem pela lógica nem pelo significado, mas pela semelhança dos sons.

M: O que o trouxe aqui?

P: Tudo diz que foi a esfinge. Tudo que finge e que restringe e que adstringe.

Algumas associações por ressonância soam como rimas, outras parecem forçadas, como se o paciente estivesse preso a um mandato ou obcecado pela necessidade de associar pela ressonância. Observa-se em pacientes com demência, com parafasia fonêmica, esquizofrenia e em alguns episódios maníacos.

4. Bloqueio e descarrilamento: No bloqueio, o fluxo do pensamento é subitamente interrompido; depois de uma pausa, o paciente pode começar com um pensamento completamente novo, chamado descarrilamento.

M: O que o trouxe aqui?

P: Eu tive essa discussão com os meus vizinhos e eles começaram a... [pausa] Ninguém deveria apoiar o prefeito.

O paciente não completou seu primeiro pensamento, mas deteve-se a meio caminho. No bloqueio simples, ele pode continuar o pensamento original depois de uma pausa. Se você perguntar o que ocorreu quando o paciente bloqueou, ele lhe dirá que subitamente perdeu o encadeamento de seus pensamentos. Essa experiência tem sido chamada de omissão do pensamento. O bloqueio se parece com as crises de ausência na infância; entretanto, no bloqueio não se observa nem a anormalidade eletroencefalográfica nem o olhar vazio que são típicos dos pacientes com pequeno mal.

5. Fuga de idéias: Fuga de idéias é uma fala sem objetivo definido devido à distratibilidade. Enquanto o paciente responde a uma pergunta, já muda para uma nova cadeia associativa, habitualmente desencadeada por uma palavra da frase anterior.

M: O que o trouxe aqui?

P: Eu vim aqui andando a pé. Mas eu machuquei os pés correndo. O senhor acha que correr é bom para mim? Pode não ajudar contra um infarto cardíaco,

aspirina pode ser melhor. Mas eu não gosto de tomar drogas. As drogas e o crime andam juntos.

O paciente inicialmente dá uma resposta concreta. Subsequentemente, ele nunca atinge o objetivo de esclarecer por que ele veio, porque associa livremente em torno de palavras importantes na frase anterior. Aqui temos um outro exemplo:

M: O que o trouxe aqui?

P: Eu não fui trazido aqui, mas eu vim, não com um carro, mas a pé. Gosto de carros novos, especialmente os importados. Você gosta de Mercedes? É o melhor, mas o consumo de gasolina é alto. Você teria dificuldades na Rússia. Não tem muitos postos de gasolina por lá. Mas ajudaria a economia. Eu sabia todo o tempo que os russos colocavam cianeto nas cápsulas de Tylenol.

Na fuga de idéias — típica dos pacientes maníacos — você pode identificar as palavras que desencadeiam as conexões com as frases subsequentes, mas elas não levam a um objetivo. A fuga de idéias costuma estar associada à fala acelerada. Você pode seguir a sucessão das idéias, o que contrasta com a fala dos esquizofrênicos, em que o conteúdo é obscuro.

Nós registramos visualmente a fuga de idéias. Pediu-se a uma estudante universitária de 19 anos que desenhasse um relógio. Em poucos traços, ela esboçou a Figura 4.1, em quatro estágios.

6. Non sequitur: Uma resposta *non sequitur* não tem qualquer relação com a pergunta que a gerou, seja em nível concreto ou abstrato:

M: O que o trouxe aqui?

P: Existe alguma evidência, mas não está bem para a minha idade.

Esse tipo de transtorno do pensamento se encontra na esquizofrenia e na demência.

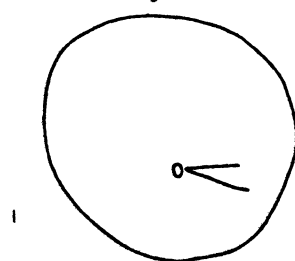
7. Fragmentação: Os pacientes com fala fragmentada dizem frases que não têm relação entre si. Eles apresentam *non sequitur* contínuo em frases subsequentes.

M: O que o trouxe aqui?

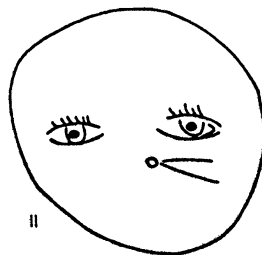
P: Eu estive aqui... Tem a luz da rua... Posso ir?... Ninguém vai estar... Vamos deixar que eles voem... Tchau e oi...

A fragmentação não é específica de nenhum transtorno psiquiátrico. Você pode ouvi-la de pacientes com transtorno bipolar, em episódio maníaco; com esquizofrenia, do tipo desorganizado ou do tipo catatônico, ou, ainda, demência.

I: Desenhe um relógio



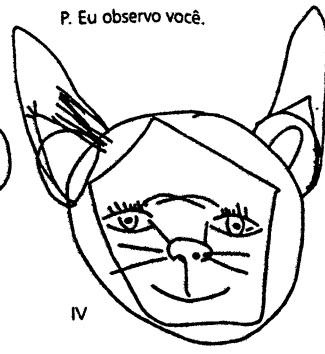
P: Um relógio!



P: Eu observo você.



P: Veja! Um ursinho.



P: É um coelhinho.

Figura 4.1 Desenhe um relógio*.

8. **Divagação:** Os pacientes que divagam utilizam grupos de frases intimamente ligadas entre si, seguidas de outras sem conexão nem objetivo.

M: O que o trouxe aqui?

P: Que pergunta boba. Você não vê? Mas você parece bonita. Você não é bonita? Certo? Deixa eu dizer, não quero repetir, mas lhe digo aqui e agora, esses malditos canalhas, por que não podem me deixar em paz? Eu não fiz nada. Lá está o cozinheiro. Ele vem e cozinha de novo. Vá embora. Me deixe em paz.

Esse tipo de fala se observa frequentemente nos pacientes com *delirium* ou intoxicação por drogas. Observe outros sinais de intoxicação, como fala indistinta, ataxia de marcha e nistagmo.

9. **Fala sem sentido:** Os pacientes falam com sintaxe preservada, e as frases parecem interligadas; no entanto, sua fala não é compreensível.

M: O que o trouxe aqui?

P: Certo. Havia tudo dos outros em volta da vassoura, mas, no entanto, juntando o flomo. Então qual é a criatabilidade para baixo? Se nada naquelas coisas nunca recria uma camada adornada com fitas de todos os tempos.

Na fala sem sentido não se encontram nem a verbiagem nem a perseveração, somente alguns neologismos. Os neurologistas denominaram esse tipo de transtorno da fala de *jargão sem gramatismo*. Pode ser observado na afasia de Wernicke, mas também na esquizofrenia crônica.

10. **Salada de palavras:** Em alguns pacientes esquizofrênicos crônicos hospitalizados, a conexão de significado entre as palavras está totalmente perdida. Enquanto na fragmentação o afrouxamento se dá entre expressões e sentenças, na *salada de palavras*, as palavras consecuti-

vas não se encontram ligadas por um significado; a fala é incompreensível.

M: O que o trouxe aqui?

P: O, meu, não, dirigiu, para, novo, frio, ele, o que, pode, então.

Bleuler cunhou o termo *esquizofasia* para esse fenômeno. Ele lembra a afasia global (ver Capítulo 5: Testagem).

Um transtorno formal do pensamento (pensamento desorganizado) não é patognomônico para a *esquizofrenia*. Nem todos os pacientes esquizofrênicos apresentam transtornos do pensamento. Por outro lado, pacientes com transtorno do humor também podem exibir um transtorno do pensamento. Como em relação a outros sinais e sintomas, avalie o transtorno formal do pensamento dentro do contexto de toda a psicopatologia, do funcionamento psicossocial e da história familiar.

Depois de haver completado a avaliação da fala e do pensamento do paciente, você precisa estabelecer qual sua orientação em termos de tempo e espaço.

Orientação

Para investigar o sentido de orientação quanto a espaço, pergunte a seu novo paciente como ele encontrou seu consultório. Pacientes gravemente desorientados costumam ser trazidos por algum familiar ou amigo.

O tempo é um indicador sensível da orientação. Para testar a orientação quanto ao tempo, pergunte quando a consulta foi marcada. Para os pacientes hospitalizados, pergunte quando eles internaram e há quanto tempo estão no hospital. Em uma banca de exame, pergunte quando o paciente foi informado a respeito do exame e quem lhe informou.

O paciente demenciado pode tentar minimizar as deficiências e alegar:

"No meu dia-a-dia não preciso saber a data. Que pergunta boba. Não preciso respondê-la."

Seja persistente para distinguir se o paciente é incapaz de responder ou se tem comportamento de oposição.

Os pacientes com retardo mental também podem estar desorientados quanto ao tempo, mas sem utilizarem desculpas ou negação. Pacientes retraídos ou distraídos podem parecer desorientados, mas são capazes de responder corretamente, com um pouco de insistência.

Se o paciente estiver desorientado, foque a entrevista no exame do estado mental, em vez de lhe perguntar a respeito de sua história recente; esta não será confiável. Se você avalia a orientação já no início, evita essa pergunta desajeitada no final da entrevista:

"Agora, antes de concluirmos, o senhor sabe que dia é hoje?"

Memória

Durante a conversação inicial você pode investigar a memória de seu paciente de uma maneira informal. (Uma abordagem formal, quantitativa, é descrita no Capítulo 5: Testagem). Por exemplo, solete seu nome ao se apresentar. Quando ele pode repetir seu nome, sua *memória imediata* está provavelmente intacta; se ele se dirige a você mais tarde usando seu nome, sua *memória recente* parece estar funcionando. O mesmo é verdade se ele descreve como chegou até a clínica e onde estacionou o automóvel. A discussão de acontecimentos do passado poderá revelar eventuais perturbações da memória.

Os pacientes com problemas de memória tendem a se concentrar em acontecimentos que eles conseguem lembrar prontamente. Portanto, introduza temas de sua escolha, como filmes, eventos esportivos, séries da televisão ou acontecimentos políticos que você possa verificar. Sem um interesse investido no assunto, será menos provável que o paciente lembre do acontecimento.

A conversação, obviamente, pode ser usada a qualquer momento da entrevista. Quando você suspeitar de simulação ou de dissimulação de amnésia ou amnésia dissociativa, a conversa informal ajuda a detectar as contradições entre os fatos e as intenções. O caso de Elisa demonstra como a conversação pode ajudar na avaliação diagnóstica.

Uma moça de 27 anos, branca, foi trazida ao serviço de emergência do hospital pela polícia rodoviária com queixa de perda total da memória. Ela fora encontrada vagando pela estrada, incapaz de lembrar seu sobrenome ou endereço. Ela alegava não lembrar nada de seu passado. Negava o uso de álcool ou lesão na cabeça e não apresentava qualquer sinal de traumatismo. No entanto, ela não estava certa quanto ao abuso de substância, porque simplesmente não conseguia lembrar. Durante a entrevista, ela se manteve numa posição defensiva e mencionou várias vezes que não lembrava. Quando lhe sugeriram o uso de hipnose como um meio para a recuperação da memória, ela declinou.

No final da entrevista, o entrevistador acompanhou-a do serviço de emergência até o térreo e, enquanto caminhava com ela, mencionou que a hipnose é assustadora para muitas pessoas e que ele podia entender que ela estivesse assustada. "É isso mesmo. Uma vez, meu pai me levou ao carnaval em Columbus, Ohio, perto do lugar onde morávamos. E eles tinham um show lá e algumas pessoas da platéia foram convidadas a serem hipnotizadas. Eu ainda posso ver como aqueles vo-

*N. de T.: Em inglês, *watch* (substantivo) significa relógio, assim como *watch* (verbo transitivo) significa observar, prestar atenção a.

luntários falavam e choravam como bebês." Essa declaração feita desprevenidamente contradiz o vasto transtorno de memória que ela alegou durante a entrevista "oficial".

Distorção da memória

As doenças psiquiátricas podem distorcer a memória. O paciente deprimido pode alegar que sua depressão remonta à sua infância, ou que já tenha nascido um perdedor, um pecador ou um criminoso. O paciente maníaco pode exagerar suas realizações, ou distorcer as experiências passadas, lembrando as hospitalizações prévias como uma provação de torturas restritivas sem lembrar seu comportamento agressivo que tornava a contenção física necessária. O paciente esquizofrênico pode relatar injustiças e perseguições que nunca ocorreram. O paciente com transtorno anti-social de personalidade pode inventar uma história de vida.

Falsa memória

Déjà vu e *déjà vécu* ocorrem predominantemente em pacientes com lesões do lobo temporal, mas também em pessoas sem achados neurológicos (Sno e Linszen, 1990). Falsa memória e transtornos dissociativos têm sido as hipóteses sugeridas nos casos de alegação de abusos sexuais não confirmados.

Afeto

O afeto é a manifestação visível e audível da resposta emocional do paciente aos acontecimentos externos e internos, isto é, pensamentos, idéias, memórias evocadas e reflexões. Expressa-se em respostas autonômicas, postura, movimentos faciais e reativos, movimentos relativos à aparência e no tom da voz, vocalizações e seleção de palavras.

As respostas autonômicas são mediadas pelos sistemas simpático e parassimpático. Elas se tornam visíveis no empalidecer como reação de raiva, no enrubescer, suar e tremer.

A postura já foi descrita anteriormente.

Os movimentos faciais envolvem os músculos em torno da boca, do nariz e dos olhos. Todos os nove afetos transculturais básicos (ver a seguir) se refletem nos movimentos desses grupos musculares.

Os movimentos reativos envolvem a face e o corpo inteiro. São a resposta a um estímulo novo. Uma pessoa levanta o olhar quando você entra na sala, vira a cabeça quando escuta um barulho. Portanto, os movimentos

reativos refletem um estado de alerta, surpresa e interesse.

→ Movimentos relativos à aparência manipulam a aparência externa. A pessoa pode alisar o cabelo, massagear as mãos e o peito, coçar o pescoço ou colocar o dedo na boca ou no nariz. A pessoa realiza esses movimentos para recuperar o domínio de si mesma e para ter uma sensação de bem-estar. Por exemplo, se um paciente se sente desconfortável na entrevista, ele pode começar a coçar a perna ou esfregar a testa.

O afeto deve ser distinguido do humor. Você pode fazê-lo considerando quatro aspectos:

- O afeto é momentâneo, não perdurando mais do que 1 ou 2 segundos; o humor dura mais tempo.
- O afeto está ligado a um estímulo externo ou interno e muda com eles; o humor altera-se espontaneamente.
- O afeto é o primeiro plano; o humor é o plano de fundo.
- O afeto é observado pelo terapeuta (sinal); o humor é referido pelo paciente (sintoma).

(Como o afeto precisa ser descrito pelo paciente, será discutido na Seção 3: Exploração.)

O afeto tem três funções: 1) autopercepção, 2) comunicação e 3) motivação. No caso da autopercepção, o afeto nos oferece um julgamento de valor emocional. Ele nos diz se gostamos ou detestamos aquilo que nos acontece. Por exemplo, se você fica sabendo inesperadamente que foi promovido, a frequência cardíaca e a respiratória podem subir, você sente um calor no peito, os músculos do peito se retesam e sua fisionomia adquire uma expressão de alegria. Isso representa sua resposta afetiva.

O afeto expressa nossos sentimentos e os torna conhecidos para os outros. Assim, ele comunica a resposta emocional aos acontecimentos, às interações interpessoais, ao comportamento e às situações.

Com respeito à motivação, os sentimentos de raiva e ódio, por exemplo, podem dar início a um comportamento agressivo e destrutivo; o estado de alerta e o interesse estimulam a exploração; o medo predispõe à fuga. O afeto é um precursor da ação.

Quando nós demonstramos afeto, iniciamos de forma rudimentar e incompleta uma ação com objetivo definido. Por exemplo, na repugnância, enrolamos os lábios para trás de modo a que nada da comida estragada os possa tocar; viramos o nariz para cima expiramos com força para não sentir o mau cheiro. Numa conferência entediante, agitamos as pernas como se estivéssemos prontos para fugir. Até mesmo a um pensamento abstrato respondemos com nosso afeto como se ele fosse concreto.

Qual é a origem do afeto?

As pesquisas corroboram a teoria de Charles Darwin que afirma a universalidade e a qualidade inata da expressão emocional, isto é, do afeto (Izard, 1977 e 1979). Izard e cols. (1983) encontraram nove movimentos expressivos básicos que seriam inatos: repugnância, surpresa, alegria, raiva, medo, tristeza, interesse, vergonha e satisfação. A sua expressão básica se desenvolve nos primeiros 18 meses de vida numa sequência previsível. Portanto, o afeto é um meio herdado de comunicação interpessoal que pode estar alterado nas doenças psiquiátricas. O reconhecimento dessa perturbação fornece indícios diagnósticos.

Todos os nove afetos estão perturbados em transtornos psiquiátricos: repugnância, perplexidade (surpresa), exaltação (alegria), raiva, ansiedade (medo), tristeza, interesse, vergonha (culpa) e desconfiança (satisfação). Em uma determinada doença psiquiátrica, um ou dois dos afetos básicos pode dominar às expensas de alguns outros, como a ansiedade (nos transtornos de ansiedade), tristeza, repugnância e culpa (depressão), exaltação e interesse (mania), desconfiança (paranóia) e perplexidade (transtornos cognitivos).

Como avaliar o afeto?

Observe o fluxo de gestos e expressões faciais. Esses indícios não-verbais surgem antes da comunicação verbal e persistirão não importando o conteúdo das palavras. O paciente o expressa no tom da voz, na altura do som, na modulação e na seleção do vocabulário. Quando você consegue perceber como o paciente se sente, então aprendeu a ler o afeto.

O fato de os afetos básicos serem inatos não impede que sejam manipulados. Na verdade, aprendemos a suprimir, exagerar, distorcer, fingir e falsificar a expressão das nossas emoções, utilizando, assim, o afeto para um propósito definido. Desenvolvemos nosso próprio estilo de apresentação, e podemos exercê-lo sempre que necessário.

Quando o sr. Smith, um alto funcionário do governo, se deprimiu, ele ainda sorria e buscava o contato visual enquanto falava, mas seu sorriso se desfazia entre duas frases ou quando não se sentia observado. Ele agitava e batia os pés durante a entrevista, como se estivesse pronto para fugir da situação e de seus pensamentos mórbidos, suicidas.

Assim, o afeto pode conter uma dupla mensagem. O afeto espontâneo utiliza os sistemas límbico e extrapirâmida e precede o afeto exibido de maneira deliberada, o qual pode contradizer o afeto espontâneo. Esta dupla mensagem é encontrada em pacientes que planejam enganar-lo, escondendo, falsificando, inventando e fingin-

do-se de doentes. *The Clinical Interview Using DSM-IV: Volume 2: The Difficult Patient* (Othmer e Othmer, 2002) apresenta um extenso estudo dessas duplas mensagens.

Não são apenas as expressões faciais que exprimem o afeto. Como Morris (1987) chama a atenção, a maior parte dos adultos aprendeu a controlar a expressão facial, mas não suas pernas e seus pés, para exibir o afeto desejado. Ao entrevistar pacientes que suprimem o afeto, você pode evocá-lo. Para fazê-lo, peça ao paciente para falar sobre temas sensíveis (situações familiares, perdas pessoais, sucessos ou fracassos no trabalho, frustrações e desapontamentos ou passatempos).

As dimensões primárias do afeto são a qualidade, a intensidade, a duração e adequação ao estímulo; as dimensões secundárias são o espectro e o controle. A expressão de qualidades específicas do afeto são, por exemplo, os olhos bem abertos e um cenho franzido, que vão alertá-lo para a ansiedade, ou a inquietação e a aparência de apreensão, que vão alertá-lo para a perplexidade. Dentes e punhos cerrados e os músculos faciais retesados esboçam o quadro da raiva. A cabeça virada para um lado e um paciente que o observa pelos cantos dos olhos demonstram desconfiança. Sorrisos, mudanças rápidas de expressão, reflexos eufóricos no olhar interrompidos por explosões de raiva revelam a excitação maníaca. Uma expressão facial rígida, com olhos que se movem de maneira vívida, como se olhassem através de uma máscara, e gestos esparsos com a boca no dito espasmo em "tromba" indicam a catatonia. O sinal de ômega na testa, os cantos da boca caídos para baixo, olhos com sinais de choro e ombros caídos apontam no sentido de depressão (Darwin, 1965; Greden e cols., 1985). Alguns indivíduos deprimidos sorriem com os lábios, mas têm "os olhos mortos, sem vida". Um paciente com depressão agitada se senta em sua cadeira, apertando as mãos e se balança para a frente e para trás, repetindo a mesma frase:

"Por favor, me ajude, por favor, me ajude!"

A intensidade mostra o grau de envolvimento do paciente com o tema. Os pacientes esquizofrênicos habitualmente não se sentem envolvidos. Entrevistá-los é como falar com um computador. Nada parece tocá-los; seu afeto é monótono e carece de profundidade. Um esquizofrênico paranóide, entretanto, pode se reanimar se você questionar suas idéias supervalorizadas ou delírios paranóides (Leonhard, 1979, denomina este afeto *parafrenia carregada*).

Duração: Uma resposta afetiva pode ser animada por uma fração de segundo ou congelar-se, aumentar e diminuir lentamente ou ser ligada e desligada. A relação do afeto com o conteúdo do pensamento determina se aquele é adequado. O afeto pode ser inadequado, como,

por exemplo, no caso do esquizofrênico que ri ao falar da morte de sua mãe. Uma outra anormalidade na relação entre o conteúdo do pensamento e o afeto é a falta de preocupação que um paciente pode mostrar em relação às suas reações conversivas. Um paciente assim pode alegar que está cego, paralisado ou que não tem sensibilidade em seu corpo, e, ainda assim, não demonstrar nenhuma preocupação por seu destino futuro ou pelo impacto desses sintomas em sua vida. O psiquiatra francês Janet usou o termo *la belle indifférence* para nomear esse sinal (Campbel, 1981).

O *espectro de amplitude* do afeto e as suas diferentes qualidades variam do estreito (como no caso do paciente esquizofrênico retraído, do deprimido lentificado ou do obsessivo-compulsivo) até o amplo (como no paciente intoxicado ou com lesão cerebral). Alguns tipos de afeto podem dominar outros, como a desconfiança no transcurso delirante, a desesperança e o sentimento de culpa no transtorno depressivo maior ou a irritabilidade e a alegria em um episódio maníaco.

Avalie se o paciente tem *controle* sobre seu afeto. Suas emoções são estáveis e só levemente moduladas pelo tema da conversação? Ou seu afeto muda rapidamente conforme o assunto (afeto lábil)? Tais mudanças ocorrem no paciente intoxicado ou maníaco.

O sistema límbico do cérebro empresta à fala e às ações um colorido afetivo (Isaacson, 1982; Joynt, 1992); o lobo parietal direito (não-dominante) reconhece essas emoções e o lobo frontal direito as expressa (Ross, 1982). Por meio da avaliação do afeto, o entrevistador emite pareceres sobre o funcionamento das estruturas corticais e subcorticais do paciente.

3. INVESTIGAÇÃO

Um entrevistador pode observar e conversar com um paciente sem o seu consentimento. Mas quanto à investigação, o entrevistador precisa que o paciente coopere e fale sobre si mesmo. A investigação exige sondar mais profundamente o sentido por trás das palavras, das condutas e dos fatos que o paciente apresenta. Você começa a investigar quando pergunta:

"O que o trouxe aqui?"

Quando ele descreve seus sintomas, você concentra a atenção; quando você observar sinais de comportamento perturbado, pode confrontá-lo com isso e examinar o seu significado.

Quando perguntar por seus sinais e sintomas? Imediatamente, se eles prejudicam a comunicação, ou possam ficar esquecidos depois, ou então quando levam diretamente ao cerne da psicopatologia. O próximo diá-

logo oferece um exemplo de como a investigação pode revelar a psicopatologia. João mantém-se olhando fixamente o nome na placa de sua mesa, parece distraído e quase não presta atenção às suas perguntas. Pergunte-lhe por quê.

P: Estou tentando descobrir quantas palavras diferentes posso formar com as letras do seu nome.

M: Você brinca seguidamente com letras e palavras dessa maneira?

P: Todo o tempo. Eu liquido com 3 ou 4 horas por dia fazendo isso e outras coisas.

É melhor retardar a investigação de um sinal ou sintoma se esse parece ser de menor importância, ou o desvia de seus objetivos ou é parte de uma psicopatologia complexa, como um sistema delirante.

Que tipo de itens devem ser investigados no exame do estado mental? Principiantes e clínicos experientes correm o risco de se verem sobrecarregados pela riqueza de detalhes clínicos e podem, assim, deixar de examinar quatro sinais e sintomas-chave que prenunciam um delírio iminente. São eles:

1. Tendências Suicidas ou homicidas que expressam um perigo imediato (ver adiante: Conteúdo do pensamento).
2. Condições Orgânicas, atualmente denominadas condições médicas gerais, que contribuem para o desenvolvimento dos transtornos cognitivos (ver Capítulo 5: Testagem).
3. Uso de Alcool e de outras substâncias que levam à intoxicação, a sintomas de abstinência e a efeitos tóxicos de longo prazo no cérebro e em outros sistemas do organismo (ver História psiquiátrica, no Capítulo 6: Diagnóstico).
4. Psicose, isto é, alucinações e delírios que interrompem o relacionamento do paciente com a realidade e o tornam vítima de um pensamento irracional e de percepções não-realistas (ver adiante: Conteúdo do pensamento).

Esses sintomas e sinais podem ser resumidos na mnemônica *SOPA*. Em cada paciente, esses quatro sinais e sintomas devem ser avaliados para se fazer um diagnóstico e para se fazer um plano de tratamento.

Em geral, na investigação você precisa concentrar-se em discernir o humor, a qualidade do humor, a estabilidade, a reatividade, a intensidade e a sua duração; o nível de energia; a percepção; o *insight*, especialmente no que diz respeito a delírios e alucinações; e os conteúdos do pensamento — delírios, fobias, compulsões, ataques de narcolepsia, convulsões tipo grande mal, ataques de pânico e assim por diante. Nesta seção, vamos cobrir todos esses aspectos do exame do estado mental.

Humor

Compreender o humor do paciente é crítico no sentido de que este é o estado afetivo a longo prazo por meio do qual todas as experiências são filtradas. O humor não é, necessariamente, discernível; ele será revelado se o paciente for perguntado diretamente a respeito. Às vezes você encontra uma discrepância manifesta entre o afeto e o humor; o paciente controla seu afeto utilizando uma máscara social, mas descreve o humor deprimido.

O sr. Brink, executivo de uma construtora, 60 anos, alto e esguio, trajando terno e gravata, entrou em meu consultório sorrindo e aparentemente de bom humor. Ele estava acompanhado de sua esposa, que vestia roupa de alta moda.

M: Por que o senhor me procurou?

Esposa: Eu ouvi um de meus amigos falar do senhor e meus ouvidos se animaram, porque pensei a respeito dos problemas do meu marido. Ele era muito ativo até 14 anos atrás, quando teve uma crise de depressão. Foi tratado por um psiquiatra local com vários antidepressivos, mas nunca respondeu. Por fim, melhorou sem nenhuma medicação.

M: Como o senhor se sente agora? (perguntei ao sr. Brink)

P: (ele sorriu e olhou para sua esposa; continuei a olhar para ele)... Bem... eu não sei... Mal, eu me sinto mal. Deixo tudo para depois, não quero fazer nada. Veja... não consigo nem falar. É ela que tem que falar.

Esposa: E era exatamente o oposto antes de ele ficar doente. Eu é que era a nervosa.

M: E o que o senhor sente quando está mal?

P: Eu me preocupo. Fiquei preocupado porque viria aqui. Estive preocupado durante toda a tarde e toda a noite.

M: Você se preocupava pela tarde. Isso era diferente de se preocupar pela manhã?

P: Pela manhã eu fico entorpecido. Não quero levantar. Não quero fazer nada. Não quero falar.

M: O que é pior, a manhã ou a tarde?

P: Eu diria que é a manhã, como agora.

M: Existe alguma coisa que o faria se sentir melhor por um momento?

P: Não, nada, absolutamente nada.

Esposa: Ontem ele estava se sentindo bem. Seu filho estava aqui conosco e o levou para dar uma saída. Ele sempre gosta muito disso.

M: A visita do seu filho o faz se sentir melhor? (o rosto do sr. Brink parece cair; as linhas do rosto se aprofundam e ele parece ficar cinzento)

P: Talvez, um pouco (com voz fraca e duvidosa).

M: Falar sobre seu filho o alegra?

P: Não, na realidade não. Nada realmente faz diferença. Falar costuma me fazer mal.

M: (enquanto eu falava com ele, ele sorria com os lábios apertados, mas parecia envelhecer novamente quando me dirigia à sua esposa) Quando eu falo com você, você não parece tão deprimido. (eu me dirigi novamente a ele)

P: Por um pequeno espaço de tempo posso colocar uma máscara, mas me sinto pior por trás dela.

Esposa: Ele precisa fazer isso no seu trabalho.

P: Não consigo concluir nada, não consigo trabalhar. Só me sento lá. Não sei o que fazer primeiro.

M: Que tal lhe parece o futuro?

P: Eu nunca vou melhorar. Eu gostaria de não estar mais aqui.

O humor tem cinco dimensões: qualidade, estabilidade, reatividade, intensidade e duração. Essas podem ser examinadas à medida que emergem na entrevista.

Qualidade

O humor busca e encontra um conteúdo que faça sentido, por exemplo, o humor deprimido encontra temas de culpa e fracasso. A qualidade do humor não pode ser determinada a partir do afeto observado — você precisa perguntar. Boas perguntas para se investigar o afeto são:

"Como você se sente a maior parte do dia?"

"Como você se sente agora?"

Essas perguntas podem dar origem a respostas claras:

"bem"
"cheio de energia"
"nas alturas"
"deprimido"
"cansado"

ou ambíguas:

"Eu me sinto fora dos eixos."
"Eu sinto como se estivesse sentado num balanço."
"Eu ando jogado pela casa."
"Normal, eu acho."

Para examinar as respostas ambíguas, você pode oferecer ao paciente uma série de respostas:

"Você está mais chateado, triste, para baixo, de mau humor, ou de bom humor, pra cima, no topo do mundo?"

Se um paciente não é capaz de descrever seu humor com suas próprias palavras, você pode fazer perguntas sobre suas atividades do dia-a-dia ou sobre suas funções vegetativas:

"Você gosta de conversar comigo?"

"Você sente prazer com suas atividades favoritas?"

"Quais são seus planos para o futuro?"

"Você tem prazer com seu trabalho e com o que você faz todo dia?"

"Como é seu sono... apetite... apetite sexual... energia?"

Quando encontrar termos que descrevam o humor, use-os como se fossem âncoras. Repetir para o paciente suas expressões de estados afetivos auxilia-o a retomar o contato com sua sensação interna da experiência e pode ajudá-lo a avaliar o próprio humor.

Desenvolvimento do sintoma

Estabilidade

Um paciente com um humor estável refere que se mantém tranquilo não importando as adversidades que encontre:

"Eu me sinto como a Pedra de Gibraltar, nada parece me abalar. Esse é um sentimento realmente novo para mim."

O humor instável muda espontaneamente ou reativamente. Mudanças espontâneas de humor podem ocorrer durante um único dia.

"Eu me sinto estragado quando acordo às 4h da manhã, incapaz de adormecer novamente. Eu me sinto deprimido a maior parte da manhã, mas me sinto melhor depois do almoço, e a tardinha é a melhor hora do dia para mim."

Essa dita *variação diurna* costuma estar associada com um transtorno do humor. Estas perguntas podem ajudar:

"Compare seu humor pela manhã com seu humor pela tardinha. Existe alguma diferença?"

"Quando você se sente melhor — no café da manhã ou no jantar?"

"Você se sente melhor agora ou mais tarde?"

Reatividade

A falta de reatividade é típica de um episódio depressivo maior com características melancólicas, de moderado a grave (American Psychiatric Association, 2000, p. 420). Por exemplo, nada era capaz de alegrar o sr. Brink, nem mesmo a visita de seu filho. Em contraste, alguns pacientes disfóricos com transtornos relacionados a subs-

tâncias, transtorno de somatização e alguns transtornos de personalidade se sentem melhor se sua situação social melhora. Pacientes com depressão maior com características atípicas podem demonstrar uma melhora do humor em resposta a acontecimentos positivos.

Intensidade

A experiência do humor varia entre intensa e rasa. Os pacientes experimentam intensamente o pânico, a mania e a excitação induzida por substâncias. Em contraste, os pacientes esquizofrênicos têm um humor raso e embotado. Um humor deprimido pode ser intenso apesar do afeto embotado.

Duração

A duração confere ao humor o seu valor diagnóstico. A *disforia* que dura horas ou dias é vista nos transtornos de personalidade, especialmente no transtorno de personalidade anti-social e no abuso de substâncias, enquanto um *episódio depressivo* de um transtorno de humor dura *duas semanas ou mais*. O mesmo é verdade para um humor eufórico. O DSM-IV-TR propõe, por exemplo, um parâmetro arbitrário de uma semana para se diagnosticar um episódio maníaco.

Nível de energia

O nível de energia pode ser determinado de várias maneiras. Observe quantas vezes o paciente lhe traz um novo assunto, e quão bem o elabora. Pergunte-lhe com que facilidade ele pode iniciar e levar adiante os seus atos. Pergunte-lhe se ele tem que fazer esforço para se levantar e se se arrasta pelo dia afora. Pergunte-lhe por suas últimas 24 horas. Foi fácil levar adiante suas rotinas diárias? E as novas tarefas? Pergunte-lhe se ele planeja seu dia ou não.

O paciente deprimido se queixa de que não consegue planejar, decidir, iniciar ou concluir os seus atos. O paciente obsessivo se preocupa a respeito de sua indecisão e faz repetidas verificações. O paciente maníaco inicia várias coisas, mas completa muito poucas. O paciente fóbico fica restrito por numerosas evitações. Aquele com personalidade anti-social pode parecer ativo, mas persegue o prazer em vez do trabalho produtivo. O paciente esquizofrênico pode assistir televisão o dia inteiro.

Percepção

A percepção normal origina-se da estimulação de receptores sensoriais específicos. Está perturbada nos pacientes psicóticos que têm percepções, imagens e

impressões auditivas e olfativas na ausência de estímulos verificáveis. Os psicóticos ouvem vozes sem que haja pessoas em volta, às vezes ao longo de grandes distâncias; essas vozes vão e voltam, de maneira caprichosa, e seguem o paciente, fazendo-o se sentir num beco sem saída. A maioria dos pacientes que alucina compreende o "caráter alucinatório" de suas percepções sem ser capaz de explicá-lo, mas insiste que suas percepções são reais e não imaginárias. Você pode perguntar com segurança:

"Você ouve vozes, mesmo estando sozinho?"

Ou mais enfaticamente:

"Você é incomodado ou importunado por vozes?"

Alguns pacientes esquizofrênicos se sentem ambivalentes quanto a se deveriam contar-lhe ou não. Tais pacientes podem negar as vozes, a menos que você parta do pressuposto de que eles ouvem vozes e faça uma pergunta diretiva:

"O que foi que as vozes lhe disseram hoje?"

Se o paciente ainda negar ouvir vozes, pergunte-lhe se elas o proibiram de falar a seu respeito.

Insight das alucinações

Quando você tenta definir se um paciente tem alucinações, parta do pressuposto de que ele não tem *insight* quanto à sua natureza mórbida. Portanto, faça perguntas factuais:

"Você ouve vozes?"

em vez de perguntas que sugiram morbidade:

"Você já esteve tão doente a ponto de ouvir vozes?"

Embora a maioria dos pacientes que alucinam saiba que os outros consideram as suas percepções como "loucura", eles mesmos não compartilham desse ponto de vista.

Existem cinco estágios de insight:

Estágio I: as alucinações referidas anteriormente agora cessaram. O paciente tem pleno *insight* de sua natureza mórbida.

"No passado, eu acreditava que ouvia as vozes da minha mãe e da minha irmã me insultando. Eu devia estar mesmo muito doente. Sei que elas não fariam uma coisa dessas. E, mesmo se pudessem, não o fariam."

Estágio II: as alucinações foram experimentadas no passado, mas não estão presentes agora; o paciente acredita que elas são reais.

"Há alguns meses as vozes da minha mãe e da minha irmã andaram me importunando. Agora elas pararam."

Estágio III: o paciente teve alucinações recentemente, mas se recusa a falar sobre elas. Ele parece se dar conta da contradição entre as percepções psicóticas e a realidade.

"Não quero mais falar sobre as vozes da minha mãe e da minha irmã. Simplesmente não me preocupo mais com esse absurdo. Elas não me incomodam mais."

Estágio IV: o paciente fala sobre suas alucinações, mas não obedece ou responde às vozes.

"Eu ouço as vozes da minha mãe e da minha irmã. Elas me insultam. Eu as escuto o tempo todo."

Estágio V: o paciente age de acordo com suas alucinações. Obedece ou responde às vozes.

"Minha mãe e minha irmã me xingaram novamente. Ouvi suas vozes, elas me chamavam de macaco. Eu as chamei de volta e lhes disse para que parassem. Mas elas são perversas e mentiram para mim, elas negaram que estivessem me fazendo isso."

Um paciente, imigrante recente, importunado por vozes, havia assassinado sua mãe e sua irmã porque elas haviam negado ter ouvido as mesmas vozes que ele e se negaram a fazer as vozes pararem. Obviamente o paciente não compreendia que suas alucinações eram exclusivas e se limitavam a ele. Habitualmente você consegue convencê-lo de que ninguém mais está experimentando suas alucinações. Isso, entretanto, não o convence de que sejam irreais. Com o tratamento, os pacientes se tornam mais receptivos a esse argumento. Se eles insistem na realidade de suas alucinações, tome isso como uma expressão da gravidade dos sintomas. Descubra se o paciente tem consciência de que as alucinações lhe são exclusivas, perguntando:

"Outras pessoas além de você também podem ouvir essas vozes?"

As alucinações costumam aparecer e desaparecer passando por esses cinco estágios, que são importantes do ponto de vista clínico por duas razões: em primeiro lugar, para se pensar em alta, o paciente deve estar no estágio I. Os clínicos que não estão cientes disso costumam considerar os pacientes do estágio III como já sendo assintomáticos e lhes dão alta prematuramente. Os pacientes esquizofrênicos nessa fase habitualmente ainda não aderiram ao tratamento e não dão seguimento à medicação após a alta hospitalar, tendo uma recaída. Em segundo lugar, já que as alucinações não-águas reaparecem

na mesma ordem em que desapareceram, utilize esses critérios para dosar a medicação em uma base ambulatorial. Os médicos que não prestam atenção a essas etapas frequentemente perdem um tratamento mais intensivo e eficaz para os estágios II e III.

Os pacientes falam de várias maneiras a respeito de suas alucinações. Eles podem negá-las ou apresentá-las com *insight*. Eis aqui algumas técnicas para lidar com isso.

1. Durante o estágio III: se você suspeita que seu paciente tem alucinações, embora as negue, pergunte displicentemente:

"O que foi que as vozes lhe disseram hoje pela manhã?"

O paciente pode, então, descrever as suas alucinações.

M: Você ouviu vozes recentemente?

P: Não.

M: Quando foi a última vez que você as ouviu?

P: Há uns dois ou três meses, quando eu estava no hospital.

M: Você não ouviu vozes desde então?

P: (hesita) Não, eu acho que não.

M: Diga-me, o que as vozes lhe disseram hoje pela manhã?

P: Elas me disseram tudo que era para eu fazer e que não era para eu falar sobre isso.

2. Durante os estágios IV e V: se um paciente chama suas alucinações de "loucura", relute em aceitar isso como um sinal de *insight*. Ao contrário, tome como tentativa de agradar o médico e conteste sua declaração. Ele pode não ter verdadeiro *insight* em relação à sua alucinação, mas haver aprendido que os outros as consideram "loucura". Dê seguimento ao assunto perguntando-lhe o que pensa a respeito da natureza de suas alucinações. Seus comentários podem ser bastante delirantes.

P: Acho que estou ficando louco novamente.

M: Por quê?

P: Acredito que algumas pessoas usam ondas para transmitir suas vozes até meus ouvidos.

M: É loucura para você ouvir essas vozes?

P: Não para mim, só para os outros.

Um paciente pode perguntar se você acha que ele é louco ou não. Diga-lhe que você acredita que ele tem essas experiências, que são reais para ele. Peça-lhe que as descreva com precisão, para que então possa compreendê-las melhor.

3. Se um paciente recorre a explicações delirantes, do tipo:

"Meus ouvidos parecem estar extremamente sensíveis hoje."

"Uma estação de rádio está me enviando mensagens."

"O ducto do aquecedor funciona como um alto-falante."

Aceite as explicações delirantes como reais e empatize com sua sensação de ser molestado. Ofereça tratamento para o seu sofrimento. Não lhe diga que a medicação vai-lhe dar *insight* quanto ao caráter mórbido das vozes ou fazê-las desaparecer, porque, para ele, elas são reais.

4. Os pacientes que enfatizam a realidade de suas alucinações e menosprezam aqueles que não têm o talento para percebê-las não devem ser contestados. Deve-se permitir a esses pacientes descrever em detalhe suas experiências como se elas fossem mensagens de outro planeta.
5. Os pacientes que o acusam de mentir maldosamente quando você nega ouvir as vozes habitualmente sofrem delírios do tipo persecutório e podem tornar-se perigosos. Deixe o paciente verbalizar suas acusações e permita-lhe explicar por que ele pensa que você está negando a experiência alucinatória e não sendo honesto com ele. Portanto, enfoque preferencialmente a avaliação do delírio e menos a confrontação com a realidade.

Conteúdo do pensamento

Muitos transtornos psiquiátricos caracterizam-se por um conteúdo patológico do pensamento. Nesta seção, vamos examinar esses vários transtornos do pensamento e oferecer algumas sugestões sobre como conseguir que os pacientes revelem seus pensamentos mais íntimos.

Tendências suicidas e homicidas

Os pacientes costumam relutar antes de revelar seus impulsos agressivos. As idéias de suicídio podem ser classificadas de 1 a 5:

1. Eu quero parar de me sentir assim, mas não tenho planos, intenções ou pensamentos mórbidos de fazer alguma coisa contra mim mesmo.
2. Com frequência eu desejo não acordar de manhã, ou que um caminhão passe por cima de mim, mas eu não faria nada contra mim mesmo.
3. Já pensei sobre suicídio, mas não tenho planos ou intenções de cometê-lo. Sei que eu não faria uma coisa dessas.

4. Já pensei em tomar uma *overdose* ou cortar os pulsos, apenas para fazer parar a dor. Eu não quero morrer de verdade, mas essas coisas passam pela minha cabeça.

5. Já pensei sobre suicídio, como ligar o carro na garagem e ficar sentado lá dentro até tudo estar terminado, ou fazer alguma coisa mais violenta, como bater o carro, me enforcar ou me dar um tiro.

a) Sei que são apenas fantasias e sei que eu não faria uma coisa dessas.

b) Não sei se eu chegaria a fazer isso.

c) Me parece tentador.

A maioria dos pacientes sabe que você terá que interná-los se revelarem planos ou intenções de suicídio. Por isso, podem se recusar a responder suas perguntas ou esconder seu nível real de ideação suicida.

Conhecemos alguns fatores de risco, como ser homem, ter mais de 40 anos, vivenciar isolamento social, ter tentativas anteriores sérias, escrever um bilhete de suicídio ou distribuir bens. Sabemos que há um maior risco de suicídio associado a vários transtornos (ver cursos de transtornos no DSM-IV-TR). Também sabemos que não é possível evitar o suicídio. Pacientes cometem suicídio em hospitais psiquiátricos, em licença quando estão internados, quando são atendidos em ambulatório e quando não estão sendo atendidos.

Empregamos uma abordagem positiva e outra negativa na avaliação do risco de suicídio. Utilizando a abordagem positiva, comece a avaliar os fatores de risco a partir de um outro ponto de vista que não o impulso suicida, investigando o valor que o paciente confere à sua própria vida e à satisfação que obtém de viver. Uma introdução assim leva facilmente às discussões a respeito da sensação de desvalia e a possíveis planos de acabar com tudo. Se utilizar a abordagem negativa, comece de modo mais direto, perguntando ao paciente sobre idéias, planos e intenções suicidas. Métodos diretos, de ação rápida e irreversível — arma de fogo, enforcamento, atirar-se de grande altura e envenenamento por monóxido de carbono — mostram um paciente no mais alto risco de suicídio. Outros métodos — como cortar os pulsos ou superdosagem de aspirina — identificam alguém que está mais centrado na tentativa do que na realização completa do suicídio. (Para detalhes sobre suicídio e suicídio em pacientes alcoolistas, ver Murphy, 1992.) O risco letal de superdosagem depende da substância usada.

As tendências homicidas frequentemente podem ser avaliadas oferecendo-se ao paciente um meio de extrair sua raiva:

"Existe alguma pessoa em sua vida que o puxa para trás, que o esmaga, ou que não é correto com você?"

Em outras palavras, você tem um inimigo ou adversário?"

"Existe alguém que o decepcionou ou arruinou a sua vida?"

A partir daí, é possível avaliar as fantasias e planos que seu paciente tem de como cuidar da questão de seu oponente. Ele pode revelar se vai armado para o trabalho, pronto para puxar o gatilho. Além dos pacientes com transtorno anti-social da personalidade, também aqueles com o diagnóstico de transtorno paranoide da personalidade, transtorno delirante e esquizofrenia tipo paranoide também representam um risco maior de homicídio.

O paciente pode perguntar se você tem que denunciá-lo à polícia ou alertar a vítima em potencial se ele lhe relatar seus planos homicidas. Sua resposta depende do estado mental do paciente. Se ele estiver sofrendo delírios e psicose, você pode dizer:

"Vou ajudá-lo a resolver o problema sem ter que cometer um crime. No hospital, posso protegê-lo. Também posso discutir com ele (vítima) o que fez com você. Para fazer isso, preciso do nome e do número de telefone dele."

Se o paciente não for delirante nem psicótico, você pode persuadi-lo a identificar a vítima. Se o paciente, psicótico ou não, se recusar a identificá-la, você pode dizer que tem a obrigação de denunciar para evitar que ele cometa um ato criminoso. Isso pode incluir informar os familiares do paciente, seu empregador ou a polícia.

A seguir, apresentamos três exemplos de casos que, em diferentes graus, envolvem a obrigação de alertar as prováveis vítimas (Caso 1), de denunciar às autoridades uma situação potencialmente perigosa e sua prevenção (Caso 2) e de alertar o próprio paciente quanto à auto-incriminação (Caso 3). Os pareceres jurídicos que acompanham cada exemplo se baseiam na legislação do Missouri, pois é nesse estado que os autores residem e trabalham. Terapeutas residentes em outros estados devem se inteirar das respectivas legislações.

Caso 1

O sr. Jesse M., um homem de meia-idade, branco, casado, encaminhado ao psiquiatra por outro paciente, declarou: "Estou sendo perseguido no trabalho, querem me demitir. Esta é a quarta vez na minha vida em que eu me destaco no trabalho e então sou rebaixado e demitido, ou obrigado a pedir demissão. Não vou agüentar passar por isso de novo". O terapeuta obteve consentimento por escrito do paciente para contatar seu chefe para descobrir o que estava acontecendo. O supervisor confirmou o rebaixamento do sr. M. e sua trans-

ferência para um escritório menor sem corte de salário. Posteriormente, o sr. M. mostrou ao terapeuta documentos que continham as expectativas do supervisor quanto a tarefas que precisavam ser concluídas, e explicou que elas não podiam ser realizadas no tempo exigido. "Eles estão criando um rastro de papel para poderem me demitir. Não posso admitir isso. Vou matar umas pessoas do trabalho se eles me demitirem. Posso me matar depois, se alguém descobrir." O paciente deu ao terapeuta os nomes de seus inimigos. O terapeuta lhe disse que o afastaria daquela situação no trabalho por meio de uma licença médica de curta duração, e perguntou se aquilo o ajudaria a resolver a crise momentaneamente. Ele concordou e retirou suas ameaças sob aquelas condições.

O sr. M. deu ao entrevistador uma permissão por escrito para falar com o médico da empresa, que concordou com uma licença imediata. Subseqüentemente, o terapeuta obteve a permissão do paciente para falar com sua esposa. Na presença do paciente, foi discutida com ela a necessidade de revelar as ameaças de homicídio ao médico da empresa, pois a concessão de uma aposentadoria por invalidez permanente dependeria das tendências homicidas do paciente e de seus problemas psiquiátricos. A documentação de seus planos de homicídio o identificaria como de alto risco no ambiente de trabalho. O terapeuta perguntou à esposa se ela concordava com sua avaliação da periculosidade de seu marido e se queria consultar um advogado antes de usar as tendências homicidas vingativas dele como justificativa para invalidez permanente. Ela concordou com o diagnóstico e não sentiu necessidade de consultar um advogado.

O terapeuta discutiu a situação com o médico da empresa, que concordou com sua avaliação e revelou que a equipe de trabalho do sr. M. era disfuncional, e que o paciente também tinha conversado com ele a respeito de idéias homicidas. Com a ajuda do médico da empresa, o sr. M. foi aposentado por invalidez permanente.

As tendências homicidas foram controladas removendo-se o paciente do ambiente de trabalho e alertando-se a esposa e o médico da empresa a respeito da periculosidade do indivíduo. Este retirou suas ameaças quando percebeu que havia uma saída mais satisfatória para a situação do que o homicídio. A retirada das ameaças tornou desnecessário alertar diretamente os alvos. A psicoterapia subseqüente revelou as estratégias profissionais nocivas do paciente, transtornos de personalidade subjacentes e um transtorno delirante breve. Foi utilizado esse *insight* para ajudá-lo a resolver conflitos sociais que surgiram depois que foi afastado da situação de pressão na empresa.

Parecer jurídico. A lei norte-americana é clara quanto ao dever dos profissionais de saúde de alertarem as vítimas em potencial de ameaças homicidas e/ou as pessoas que podem interferir nos motivos para um ato violento. O caso seminal que reconheceu a obrigação de denúncia por parte dos profissionais de saúde mental foi o de *Tarasoff contra a Direção da Universidade da Califórnia* (551, P2d, 334, [1976]). Nesse caso, uma família processou um psicoterapeuta depois do assassinato de sua filha por um paciente psiquiátrico que tinha revelado ao terapeuta sua intenção de matar a jovem. O tribunal da Califórnia decretou que, quando um psicoterapeuta identifica que seu paciente apresenta um grave risco de violência contra outra pessoa, tem a obrigação de usar medidas razoáveis para proteger a vítima pretendida ou "previsível" contra esse perigo (551, P2d, 344 e 345, [1976]). Ao determinar uma obrigação devida a terceiros, o tribunal deu ênfase à "relação especial" entre o paciente e o terapeuta, observando que tal relação pode criar legalmente deveres afirmativos em relação a terceiros (551, P2d, 344 e 345 [1976]). Ao estabelecer uma relação médico-paciente, o terapeuta assume certa responsabilidade pela segurança dele e de quaisquer terceiros que saiba estarem sendo ameaçados (551, P2d, 344 e 345 [1976]). Embora o terapeuta do caso *Tarasoff* não tivesse uma relação direta com a vítima, a relação especial entre o paciente/réu e o terapeuta era suficiente para criar certos deveres afirmativos em relação a outras pessoas.

Caso 2

Da época em que fazia parte do Exército, o sr. Kelvin D., um paciente com depressão maior grave, com características psicóticas (delírios de perseguição), em remissão, mantém guardados em segurança em uma caixa de aço no porão de sua casa, cerca de 40 kg de C4, um explosivo plástico. Ele planejava usá-lo para derrubar algumas árvores em seu terreno às margens de um lago afastado, mas desistiu de fazê-lo. O terapeuta sugeriu que ele se livrasse dos explosivos sem problemas legais. Somente o fogo ou a combustão direta, mas não um impacto físico, podiam fazer com que explodisse e o matasse. Embora não houvesse uma vítima específica, um acidente poderia matar muitas pessoas. Após consultar alguns colegas, o psiquiatra propôs que ele contactasse seu advogado ou o xerife do condado para realizar uma transferência segura dos explosivos para uma base militar.

Nesse caso, não fica claro até que ponto o sigilo estava protegido e se uma denúncia mais direta ao condado, ao FBI ou a outras autoridades devia ser implementada por parte do terapeuta.

Parecer jurídico. Depois do parecer de *Tarasoff*, alguns tribunais esclareceram que a obrigação de denunciar exis-

te apenas em relação a "terceiros identificáveis", e não ao público em geral. No caso de *Thompson contra o Condado de Alameda* (614, P2d, 728 [1980]), o tribunal decidiu que o dever de denunciar não se estende ao público em geral, mas surge somente quando a vítima é "previsível" e " prontamente identificável". Segundo o parecer de *Thompson*, não existe um dever afirmativo quando um paciente fez "ameaças inespecíficas de danos a vítimas inespecíficas" (614, P2d, 735, [1980]).

Alguns estados rejeitaram a decisão do caso e ampliaram a obrigação definida no caso *Tarasoff* a qualquer vítima previsível, mesmo quando não foi feita uma ameaça específica a uma vítima em particular (ver, por exemplo, *Hanna contra o Condado de Maricopa*, 161, Ariz 58, 775, P2d, 1122, 1128 [1989] [Arizônia]; *Schuster contra Altenberg*, 144, Wis2d 233, 424, NW2d 159 [1988], [Wisconsin]). Outros estados decretaram uma obrigação legal de denúncia semelhante à obrigação reconhecida em *Tarasoff*. Por exemplo, em Nebraska, o dever se limita a uma ameaça que envolva vítima(s) "razoavelmente identificáveis" (NEB REV STAT, para 71-1, 206.30, [1991]). É importante estar bem informado dos casos e leis relativas à "obrigação de denunciar" de cada estado onde o profissional de saúde mental atua.

A lei não é clara quanto a crimes passados. Para um profissional de saúde, existe a obrigação de denunciar esses crimes? Existe a obrigação de alertar o paciente a respeito de auto-incriminação e falta de sigilo da ficha médica?

Caso 3

O sr. Karl D., um paciente de cinquenta e poucos anos, incapacitado, sofre de diversos transtornos médicos. Também sofre de depressão maior grave, com características paranóides. Relata que sempre teve um temperamento difícil, que ficava evidente, por exemplo, em incidentes de trânsito nos quais, armado de revólver, seguia, até suas casas, os motoristas que o irritavam. Ele revela: "Eu fiz coisas ruins na minha vida que nunca contei a ninguém. Tenho um lado bom e um lado mau." Quando indagado a respeito das "coisas ruins", ele mencionou matar pessoas e ter se envolvido com o crime organizado. Ele gostaria de desabafar, mas desejava saber se o terapeuta teria que denunciá-lo às autoridades.

O médico lhe disse que era obrigado a alertar as possíveis vítimas, se ele tivesse planos atuais de matar alguém, mas que, tanto quanto sabia, os atos criminosos passados de um paciente são protegidos pelo sigilo médico-paciente.

"Eu teria que registrar na sua ficha o que você me dissesse, e também minhas intervenções terapêuticas para lidar com seus problemas, como o re-

morso e a culpa. Os registros terapêuticos não são muito protegidos. As companhias de seguro têm cláusulas que condicionam os benefícios do paciente à investigação de suas fichas médicas pela seguradora. Essas fichas podem ser requisitadas por meio de intimação judicial."

O entrevistador aplica a regra de Miranda, que alerta o paciente no sentido de que o que ele disser poderá ser usado contra ele, e que não é obrigado a se auto-incriminar contra sua vontade. O terapeuta também poderia buscar orientação legal.

Parecer jurídico. A lei não é clara quanto ao dever de denunciar atos criminosos passados. No Missouri, não há casos relatados que respondam claramente essa questão. Existem, no entanto, algumas leis que criam a obrigação de denúncia para certas categorias limitadas de informação, como o abuso de crianças. Essas leis não oferecem uma resposta clara para os atos criminosos prévios que não se encaixem nas categorias de denúncia obrigatória. Uma vez que os tribunais não abordaram essa questão de forma clara e definitiva, parece razoável concluir que não existe um dever específico da parte dos profissionais de saúde mental de revelar atos criminosos prévios cometidos por pacientes. Se essa questão surgir, no entanto, o melhor caminho para o profissional é buscar a orientação de um advogado e/ou outros médicos. Essa orientação vai proporcionar não apenas um curso de conduta a ser seguido nesse tipo de situação, como também um potencial recurso de defesa, caso a questão venha a ser discutida judicialmente.

Em relação a alertar um paciente quanto à auto-incriminação, também não existe uma resposta clara nas leis do Missouri. Certamente a melhor opção é informar plenamente o paciente das implicações de revelar ao profissional de saúde mental uma conduta ou ato criminoso passado.

Como em qualquer situação, o profissional de saúde deve ter cautela antes de divulgar informações ou confidências de pacientes. A maioria dos estados tem leis ou decisões judiciais que protegem o sigilo médico-paciente e impedem a revelação de informações confidenciais assim obtidas. Nos casos em que pode haver a obrigação de denunciar, os profissionais de saúde mental devem se informar minuciosamente a respeito das leis e regras do estado em que atuam.

Delírios

Os delírios são crenças falsas e fixas, com frequência a respeito de uma ação que teria ocorrido, tal como os vizinhos que espionam e tramam contra o paciente.

Aqui estão quatro perguntas para avaliar um delírio.

1. O que está acontecendo? Esta avalia o conteúdo, fazendo uma pergunta direta como:

"Você tem idéias estranhas ou loucas?"

Não funciona quando o paciente não tem *insight*. É muito melhor perguntar:

"As outras pessoas pensam que você tem idéias malucas?"

Essa abordagem funciona porque a maioria dos pacientes fala sobre seus delírios para familiares e amigos e são repelidos com comentários do tipo "Isso é loucura!". Também explore áreas sabidamente férteis para seus delírios tipo: perseguição, injustiça, discriminação, culpa, grandeza, amor, poder, conhecimento, ciúme, doença, passividade, niilismo, pobreza, percepção extra-sensorial, habilidades sobrenaturais ou vitimização por ondas cósmicas e raios X.

2. Por que está acontecendo? Isso dá ao paciente a oportunidade de oferecer sua explicação para seu delírio. Ele pode responder mencionando que ele o castiga, o maltrata, o controla ou o reverencia.
3. Aonde isso vai levar? Isso provoca as expectativas do paciente sobre seus delírios. Respostas comuns são que eles vão atacá-lo ou que querem enlouquecê-lo.
4. O que é que ele vai fazer a respeito disso? Isso vai dar a reação do paciente. Por exemplo, ele vai defender-se ou se render.

Bleuler (1972) e Schneider (1959) tentaram correlacionar o conteúdo de um delírio com transtornos psiquiátricos específicos, especialmente a esquizofrenia. Schneider descreveu 11 sintomas denominados de primeira linha — sete delírios, um delírio combinado com uma alucinação cenestésica e três alucinações auditivas — que ele acreditava serem patognômicas da esquizofrenia. No entanto, pesquisas recentes mostraram que esses sintomas não são nem sensíveis nem específicos para a esquizofrenia. De acordo com Mellor (1970), somente 80% dos esquizofrênicos apresentam sintomas de primeira linha.

Especialmente os esquizofrênicos crônicos com sintomas negativos e alguns esquizofrênicos agudos estão livres dos sintomas de primeira linha. Por outro lado, aproximadamente 11,5% dos pacientes com um transtorno afetivo estudados por Taylor e Abrams (1973) tinham sintomas schneiderianos de primeira linha.

Os delírios não são específicos das diversas doenças. Avalie-os no contexto dos outros dados, como tipo e idade de início, curso, deterioração social, personalidade pré-mórbida e associação com outros sintomas cognitivos ou do humor.

Delírios com temas depressivos (Tabela 4.1): podem ser observados quando o paciente que sofre com delírios está sobrecarregado por sentimentos de culpa. Alegando ter sido sempre cruel e perverso, embora só agora isso tenha sido descoberto, ele espera um único desfecho possível: uma punição severa e impiedosa. Ele diz que vai implorar por misericórdia e perdão ou solicitar ser punido como a única maneira de se livrar da culpa.

Delírios de grandeza (Tabela 4.2): vêm à tona sem muito trabalho de sondagem. Pergunte ao paciente o que o futuro imediato reserva para ele, e ele lhe apresentará pensamentos coloridos por um brilho messiânico, riquezas, poder e saúde indestrutíveis, que estão por vir.

Mais difíceis de investigar são os delírios de passividade que anteriormente se acreditava fazerem parte da esquizofrenia. Esses pacientes habitualmente tentam escondê-los de você. A Tabela 4.3 apresenta oito delírios listados por Kurt Schneider, que têm em comum o seguinte:

1. O paciente se sente sob a influência de uma força muito intensa, como raios X, supervisão eletrônica, campos magnéticos ou telepatia.
2. Essa força o subjuga: o faz pensar, sentir, querer e agir completamente fora de seu próprio controle (sentimentos de passividade). Ele experimenta os sentimentos das outras pessoas e pensa os pensamentos das demais pessoas em vez dos seus.
3. A reação ao seu delírio é de submissão; não pode resistir; é a vítima.

Para induzir o paciente a descrever alguns desses delírios, comece com uma pergunta aberta, do tipo "Como você controla a sua mente, seu pensamento, seus sentimentos e suas ações?". Se a resposta for evasiva, tome-se mais específico e pergunte se ninguém nunca tentou interferir nos seus pensamentos ou sentimentos, controlá-lo ou forçá-lo a fazer coisas contra sua vontade. Por exemplo, quando você investiga inserção de pensamentos:

"É realmente o pensamento de outra pessoa?"

Certifique-se de que o paciente está delirando e não simplesmente descrevendo sentimentos ansiosos de desrealização, na qual "as coisas parecem não ser reais". O paciente com delírio de alienação não tem a experiência "como se", mas está convencido de viver em um mundo irreal, sem se sentir assustado por isso.

Tabela 4.1 Delírios com temas depressivos

Conteúdo	Explicação do paciente	Expectativa do paciente	Reação do paciente
Culpa	Maldade do próprio caráter; pecado, má conduta	Punição severa	Apelo por misericórdia, auto-acusação, rendição
Pobreza	Improdutividade, desvalia, fraqueza moral	Despojamento de todos os bens e direitos, ridículo, expulsão da sociedade	Submissão, autodestruição, suicídio
Niilismo e morte	Resultado de privação e punição	Vítima desamparada e impotente	Automutilação
Enfermidade	Fraqueza e sentimento de falta de valor da mente e do corpo	Incapacidade permanente, morte	Buscar ajuda, render-se ao inevitável

Os pacientes maníacos podem relatar que as outras pessoas podem ler as suas mentes, queixa também verbalizada pelos esquizofrênicos. Para fazer uma distinção, você pode solicitar o perfil delirante total.

M: Daniele, que tipos de pensamentos você tinha quando foi hospitalizada pela última vez?

P: Eu achava que as outras pessoas podiam ler o meu pensamento.

M: E qual seria a razão para essa capacidade?

P: Meus pensamentos eram tão rápidos, tão intensos e tão vociferados que eu acreditava que as outras pessoas deveriam escutá-los. Eu não me dava conta da diferença entre dizer alguma coisa ou simplesmente pensá-la.

M: Então, o que foi que você fez quando teve essa experiência?

P: Eu me sentia tão frustrada com as outras pessoas, porque elas não respondiam aos meus pensamentos, que eu comecei a atirar coisas nelas.

M: Como você voltou a ter controle?

P: Quando eu me acalmei, notei que tinha que falar para obter uma resposta. Meus pensamentos ficaram mais lentos, eu podia selecioná-los e colocá-los em palavras.

Daniele não foi uma vítima passiva de forças exteriores como um paciente com esquizofrenia se descreveria, mas experimentou os pensamentos rápidos e intensos típicos da mania. Atirar os objetos não era devido à hostilidade, como no paciente esquizofrênico, mas devido à frustração, por perceber que suas limitações físicas restringiam sua auto-expressão.

Delírios de perseguição e de grandeza (Tabela 4.4) são encontrados nos transtornos do humor, transtornos delirantes, esquizofrenia, transtornos cognitivos e transtornos relacionados ao abuso de drogas. Avalie o perfil completo desses delírios.

Além dos temas perseguição e grandeza, existe um outro que também merece atenção: o ciúme. No passa-

Tabela 4.2 Delírios de grandeza

Conteúdo	Explicação do paciente	Expectativa do paciente	Reação do paciente
Capacidades messiânicas	Escolhido, renascido, recompensas especiais por realizações	Admiração futura, reconhecimento como líder da humanidade	Pregar, ajudar, curar
Riqueza	Recompensa merecida	Admiração e reconhecimento público	Usar a riqueza para abolir a pobreza na Terra
Poder e talentos	Recompensa merecida	Respeito	Ajudar e liderar a humanidade; grandes invenções
Saúde indestrutível, vida eterna	Dotação e talento natural especiais, escolhido	Admiração	Investimento em várias atividades

Tabela 4.3 Delírios de passividade

Conteúdo	Explicação do paciente	Exemplo	Reação do paciente
Inserção de sensações (passividade somática)	Experiência de sentir uma força controladora	"Meu chefe me lança olhares malévolos, que percorrem meu corpo e me dão um formigamento nos genitais."	Submissão passiva
Transmissão de pensamento	Ondas de rádio, ondas magnéticas, telepatia	"Minha cabeça é um rádio; transmite todos os meus pensamentos de modo que todos possam ouvi-los."	Falta de controle; não toma nenhuma atitude
Roubo do pensamento	Imãs, um buraco negro, sucção a vácuo ou pessoas más roubam o pensamento	"À noite, eles ligam um grande aspirador e sugam todos os meus pensamentos para fora da minha cabeça."	Queixas e submissão
Inserção de pensamentos	Pensamentos externos sendo forçados para dentro da mente por meio de microondas ou ondas de rádio	"Sr. X, na TV, usa a minha cabeça para pensar com ela."	Concordância passiva
Inserção de sentimentos ("sentimentos fabricados")	Agente externo projeta sentimentos no paciente	"Minha irmã falecida transmite sua raiva para dentro de mim. Ela grita e chora e usa meu corpo para fazer isso."	O paciente expõe os sentimentos que é forçado a experimentar
Inserção de impulsos ("impulsos fabricados")	Impulso manufaturado por um agente externo e imposto ao paciente	"O diabo vira a minha cabeça e me faz olhar para a virilha de todos os homens."	Submissão a um impulso imposto
Inserção de um desejo externo	Uma força externa controla as ações do paciente	"O computador da universidade manda impulsos para todos os meus músculos, os faz movimentar e controla as minhas ações."	Concordância como um marionete
Percepção delirante	O paciente fornece uma explicação delirante para uma percepção real	"O médico cruzou as pernas. Então eu soube que ele queria que eu fosse para casa e me masturbasse."	Concordância com a mensagem

Tabela 4.4 Delírios de perseguição e grandeza e seus correlatos diagnósticos

Conteúdo	Explicação do paciente	Expectativa do paciente	Reação do paciente	Provável correlação diagnóstica
Perseguição	Ciúme dos perseguidores	Batalha e atritos, mas vitória final	Cautela e prudência, rompantes de ataques verbais ou físicos	Esquizofrenia, transtornos delirantes
Perseguição	Falência moral, pecado	Punição	Auto-acusação render-se às autoridades punitivas, rogo por misericórdia	Transtorno depressivo maior
Perseguição	Mal-entendido das boas intenções pelos perseguidores	Reconhecimento de boas intenções	Demonstração de boas ações	Mania
Perseguição	Perplexidade, incapacidade para conceber a razão para a perseguição	Esperança de cessação da perseguição	Autoproteção temerosa ou hostil, queixas, acusações	Transtornos cognitivos
Grandeza (delírio de habilitação)	Superioridade, elevação acima dos outros	Vitória espetacular e aniquilamento dos oponentes	Depreciação hostil e arrogante dos outros	Esquizofrenia e mania irritável
Grandeza	Iluminação, autodesenvolvimento, talentos	Efetivo como aquele que cura e ajuda	Orar de modo messiânico e vigoroso	Mania
Grandeza (martírio)	Escolhido para sofrer pelo mal de toda a humanidade	Punição como vítima simbólica	Auto-sacrifício	Transtorno bipolar, transtorno depressivo maior
Grandeza (per si)	Conquistas passadas, não há necessidade de explicação	Aceitação por todos, sem questionamento	Exigências e maneirismos de grandeza	Transtornos cognitivos, parestesia geral

do pré-mórbido, esse paciente pode ter sido desconfiado e preocupado com infidelidade conjugal. À medida que o delírio começa a emergir, ele começa a interrogar sua esposa durante horas, a maior parte da noite, alegando que sua vagina está mais molhada do que habitualmente e que ela parece exausta, com bolsos sob os olhos. No caso de uma paciente delirante feminina, ela pode andar inspecionando a roupa íntima de seu marido atrás de manchas de sêmen. Este delírio não é específico de nenhum transtorno mental; pode levar tanto ao homicídio quanto ao suicídio (Manschreck, 1989).

A estranheza do conteúdo do delírio pode ter algum valor para o diagnóstico diferencial de transtornos psicóticos. Por exemplo, no transtorno delirante, as idéias não-bizarrias envolvendo situações que poderiam ocorrer na vida real, como ser seguido, envenenado ou contaminado, constituem o principal sintoma. O delírio não-bizarro tem que ocorrer na ausência de todos os outros sintomas psicóticos listados para a esquizofrenia. A exceção é uma alucinação tátil ou olfativa que pode ser condizente com o tema delirante não-bizarro, tal como sentir o cheiro do gás com o qual o paciente acredita estar sendo envenenado.

Idéias supervalorizadas

Da mesma forma que os delírios, as idéias supervalorizadas não podem ser corrigidas por argumentos lógicos, ainda que, às vezes, elas não sejam obviamente falsas. Podem ser persistentes; sua importância é exagerada. O paciente reconhece o envolvimento emocional com a idéia, mas o justifica. Os tipos de pergunta a seguir podem desencadear-las:

"Existe algo acontecendo que o preocupa bastante?"

"Você foi vítima de injustiça, discriminação ou desonestidade?"

"Você tem planos ou objetivos importantes?"

"Você está trabalhando em alguma invenção?"

"Você ficará famoso um dia?"

As idéias supervalorizadas ocorrem em pacientes com esquizofrenia, transtornos do humor, fobias, obsessões e transtornos da personalidade, não tendo, portanto, valor diagnóstico específico. Porém, podem ser precursoras de delírios.

Fobias

As fobias consistem numa ansiedade irracional e inextinguível em ser exposto a um estímulo específico e o consequente comportamento de evitação dessa situação geradora de angústia ou a tolerância com grande pavor.

Na entrevista, é melhor focar um assunto ou um aspecto por vez. As situações ou os objetos fóbicos podem ser avaliados com questões do tipo:

"Existe qualquer coisa que o aterrorize, como: animais, objetos afiados, ou altura?" (para avaliar as fobias específicas)

"Você se sente confortável falando para uma multidão? Incomoda-o ser observado por um grupo de pessoas?" (para avaliar as fobias sociais)

"Incomoda-o comer em um restaurante cheio, ir a uma sala de cinema na sexta-feira à noite, quando a sala está completamente lotada? Incomoda-o aguardar numa fila com uma grande quantidade de pessoas?" (para avaliar agorafobia)

A investigação exige que você sonde o sentido que há por trás das palavras, condutas e apresentação dos fatos feitos pelo paciente. Já que as fobias específicas são classificadas pelo tipo de situação ou objeto temido ou evitado, seja específico a esse respeito. Pergunte sobre medos excessivos ou irracionais:

"Você experimenta algum tipo de medo excessivo ou irracional?"

"Você sofre de qualquer ansiedade que seja ridícula?"

Por fim, pergunte a respeito de comportamento de evitação:

"Existe qualquer coisa que você precisa evitar a todo custo?"

Verifique se houve ataques de pânico precedendo o desenvolvimento da fobia, o que frequentemente ocorre na agorafobia. Escolha a ordem que se adapta melhor ao fluxo da entrevista. Descubra o impacto que as fobias têm na vida do paciente. Elas sufocam suas atividades sociais, impedem o seu progresso ou representam um enorme ônus no seu tempo? Se os critérios do DSM-IV-TR para uma fobia específica forem satisfeitos, especifique os subtipos: animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimento, situacional ou outro (American Psychiatric Association, 2000, p. 445). Em pacientes com menos de 18 anos, as fobias específicas devem ter persistido por pelo menos seis meses. Além de determinar os subtipos das fobias específicas, a entrevista deve avaliar indícios de agorafobia, com ou sem ataques de pânico, e de fobia social.

Obsessões

As obsessões devem ser distinguidas dos pensamentos repetitivos prazerosos, como as fantasias sexuais; das idéias supervalorizadas ou delirantes que perseguem a

mente do paciente, mas que são aceitáveis para ele (egos-sintônicas); e das preocupações depressivas que não são desejadas, mas não deixam de ser aceitas, pois o paciente se identifica com elas.

É difícil examinar as obsessões, pois o paciente se sente constrangido. Pergunte se ele tenta resistir, ignorar ou suprimir quaisquer pensamentos constrangedores, bobos ou que lhe roubem tempo. Enfoque o conteúdo comum das obsessões:

"Você tem imagens pornográficas indesejadas na sua cabeça?"

"Você tem pensamentos de machucar alguém?"

"Você tem pensamentos sujos ou pensamentos de se contaminar ou dúvidas quanto a ter esquecido algo?"

"Suas coisas têm que estar numa ordem especial, simétrica?"

Se ele concorda, siga adiante para confirmar se os pensamentos são intrusivos, inadequados e se o paciente resiste a eles. Eles provocam ansiedade ou sofrimento?

M: O senhor tem frequentemente pensamentos embaraçosos que surgem na sua mente, contra a sua vontade, muitas e muitas vezes?

P: (hesitante) Não, na verdade, não.

M: Ou pensamentos que o torturam, aos quais o senhor não consegue resistir, que absorvem uma grande parte do seu tempo?

P: Como é que o senhor sabe?

M: Estou lhe perguntando porque alguns de meus pacientes são perturbados por pensamentos intrusivos.

P: Bem, eu me sinto envergonhado para lhe contar, embora os pensamentos não sejam vergonhosos; simplesmente eu os tenho, e eles me deixam louco.

M: Conte-me a respeito.

P: Bem, eu tive que largar o meu emprego no mês passado, pois eu estava muito lento. Sempre que eu pegava uma ferramenta, me vinha um pensamento: Será que Deus quer que eu pegue a ferramenta? Será que ele quer que eu a pegue agora? Estou fazendo a coisa certa? Será que deveria estar fazendo outra coisa em vez disso? Sei que é bobagem, mas não tenho controle sobre esses pensamentos.

Compulsões

As compulsões são atos sem sentido e repetitivos que o paciente se sente compelido a executar de acordo com regras ou obsessões auto-impostas. Usa alguns dos comportamentos ou atos mentais para evitar simbolicamente um acontecimento temido e perturbador. As compulsões mais comuns são revisar, limpar, contar, pe-

dir repetidas confirmações e colocar as coisas em ordem. Como a maioria dos pacientes adultos tem *insight*, você pode perguntar diretamente:

"Você tem que realizar atos contra a sua vontade?"

Se ele estiver relutante, constrangido e temeroso de que você o considere "louco", expresse empatia, como fez o terapeuta na entrevista a seguir:

M: O senhor já se sentiu forçado a executar alguma atividade, mesmo a considerando absurda e sem sentido?

P: (hesitante) O que o senhor quer dizer?

M: Alguns pacientes têm a sensação de que devem fazer coisas, como contar, limpar ou revisar além do necessário...

P: Sim, eu faço esse tipo de coisas. Tenho que acender e acender meu cigarro vezes e vezes sem conta.

M: Será que o senhor poderia me dizer por quê?

P: Não existe nenhuma razão real. Somente um pensamento absurdo, estúpido.

M: Conte-me a respeito.

P: É realmente bobo. O senhor, com certeza, vai pensar que sou louco.

M: Bem, eu entendo seu constrangimento. Sobre o que é esse pensamento bobo?

P: Eu penso na morte de meu pai. Tenho medo de que ele morra. Quando eu acendo o cigarro, penso que este lhe traz a vida de volta. Então penso que é bobagem. Não deveria fazê-lo e jogo fora o cigarro; e então me vem novamente o pensamento e tenho que acender novamente o cigarro.

M: O senhor sabe que é bobagem, que não faz sentido?

P: Absolutamente, não existem conexões. É ridículo.

M: Por que o faz?

P: Eu não conseguiria viver se qualquer coisa acontecesse ao meu pai e eu não fizesse nada para ajudá-lo. Não é grande coisa acender um cigarro. Então eu simplesmente faço assim.

Normalmente, as crianças não têm *insight* quanto às suas obsessões e/ou compulsões. Nos adultos, as obsessões e compulsões por vezes assumem uma qualidade delirante, quando os pacientes começam a defender seus pensamentos obsessivos como pensamentos carregados de sentido.

O sr. Benjamin R., um artista independente, de 32 anos, a princípio esteve obsessivamente preocupado que seu coração parasse de bater quando ele adormecesse. Ele considerava esse pensamento repetitivo como absurdo, mas se sentia compelido a chamar o terapeuta para se reassurar. Dois anos mais tarde, ele transformou isso no hábito de todas as noites: ligar para sua irmã, que era enfermeira, para ser tranquilizado. Nesse estágio, ele se

identificava completamente com sua preocupação e defendia suas chamadas como necessárias e terapêuticas. O pensamento não podia mais ser considerado distônico — se aproximava de um delírio.

Sintomas somáticos sem explicação médica

Múltiplos sintomas somáticos, clinicamente inexplicáveis, caracterizam o transtorno de somatização. Os resultados de testes de laboratório solicitados para corroborar as queixas subjetivas são negativos. A lista padronizada de sintomas a seguir (Othmer e Desouza, 1985) auxilia a discriminar esses sintomas com eficiência. Pergunte ao paciente a respeito de sintomas específicos: falta de ar, dismenorréia, sensação de ardência nos órgãos sexuais, nó na garganta, amnésia, vômitos e paralisias. Pacientes com dois ou mais desses sintomas são suspeitos de ter transtorno de somatização se os sintomas interferirem na sua vida, não tiverem uma explicação médica e tiverem surgido antes dos 30 anos de idade. O transtorno de somatização é definido no DSM-IV-TR por sintomas dolorosos (4), sintomas gastrointestinais (2), sintomas sexuais (1) e sintomas pseudoneurológicos (1) (American Psychiatric Association 2000). Uma vez que os pacientes da somatização descrevam seus sintomas com brilho e imaginação, mas são vagos e contraditórios quanto ao fornecimento das informações factuais, você pode ter que focalizar nos tratamentos médicos e hospitalizações anteriores para corroborar o seu diagnóstico.

Conversão

Os sintomas de conversão são sintomas neurológicos medicamente inexplicáveis, como paralisia, cegueira ou surdez. Identifique sintomas de conversão por meio de perguntas abertas, como:

“Você alguma vez já experimentou problemas dos nervos, por exemplo, com sua visão — como estar cego — ou com o caminhar — como ficar paralisado?”

Utilize uma lista (DSM-IV-TR) de sintomas conversivos mais comuns. Eles ocorrem em situações de estresse, isolados ou juntamente com uma série de outros sintomas somáticos, e seguidamente resultam em “ganho secundário”, isto é, incentivos externos (DSM-IV-TR). São encontráveis em qualquer doença psiquiátrica (Othmer e Othmer, 2002).

Dissociação

A dissociação “é uma perturbação das funções normalmente integradas da consciência, memória, identifica-

de ou percepção” (American Psychiatric Association, 2000, p. 519). Numa entrevista, deve-se investigar cinco transtornos dissociativos: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade, transtorno de despersonalização e transtorno dissociativo sem outra especificação.

— O transtorno dissociativo de identidade é relativamente fácil de avaliar-se a personalidade que se apresenta está ciente das outras personalidades (Kluft e Fine, 1993). Nesse caso, as perguntas diretas fornecerão a resposta:

“Você troca para qualquer outra personalidade?”

Se a personalidade que se apresenta não está ciente das personalidades que se alternam, vai negar a questão. Nesse caso, você pode procurar evidências de períodos perdidos de tempo ou de memória:

“Você tem períodos de perda de memória?”

Além disso, a família e os amigos várias vezes testemunharam esse tipo de *blackout* e contaram ao paciente que ele assumia um nome diferente, se vestia de forma diferente, falava com uma voz diferente e alegava não estar ciente da sua identidade. Você pode abordar o paciente a partir desse ponto de vista e perguntar se os amigos alguma vez lhe disseram que ele às vezes se apresenta com uma personalidade diferente. Por meio da hipnose você normalmente pode restaurar a memória perdida ou induzir a mudança de personalidade nesses pacientes.

— A avaliação do transtorno dissociativo de identidade se torna difícil se o paciente se apresenta com hostilidade e sintomas que lembram experiências psicóticas (Kluft, 1987). Se a hostilidade é dirigida ao entrevistador, ele deve tentar sedar o paciente com um neuroléptico, em vez de tentar estabelecer a comunicação e continuar a entrevista para descobrir a natureza dissociativa da conduta. Se o terapeuta reconhece a dissociação, pode provocar a troca de personalidade, buscando uma personalidade mais amistosa. Essa técnica de mudança funciona melhor nas mãos de entrevistadores mais experientes (Othmer e Othmer, 2002).

Até 97% dos pacientes com transtorno dissociativo de personalidade têm uma história de abuso na infância, 83% de abuso sexual, 75% uma história de abuso físico e 68% uma história de abuso sexual e abuso físico (Putnam e cols., 1986; Wilbur, 1984). Se o paciente mencionou experiências de abuso, considere a avaliação do transtorno dissociativo de identidade. O paciente pode reconhecer o abuso sexual, enquanto esconde sua tendência dissociativa. Kluft relata que, de 33 pacientes, somente 5% vieram autodiagnosticados, 15% dissociavam abertamente durante a consulta ou depois de meses ou anos de terapia, 40% se apresentavam muito mascarados e 40% apresentavam formas sutis dos sinais clássi-

cos (Kluft, 1984 e 1985). Você pode reconhecer sinais sutis de dissociação durante sua entrevista, como flutuações na comunicação, afeto, nível do desenvolvimento, atitudes, pontos de vista, memória e comportamentos, sugerindo a presença alternada de personalidades diferentes (Franklin, 1990). Essas observações podem abrir mais uma via para a detecção de transtorno dissociativo de personalidade, que já é reconhecido em muitas culturas ao redor do mundo.

Ataques paroxísmicos (“acessos”)

Com muita frequência, os fenômenos paroxísmicos são negligenciados ou considerados pouco importantes. Os pacientes não os consideram como sintomas psiquiátricos, mas neurológicos ou médicos. Avalie os fenômenos paroxísmicos diretamente:

“O senhor tem qualquer tipo de ataques, como perda da consciência, cair no sono durante o dia, sentir-se fraco, ou tonto, sentir o coração batendo muito forte ou sentir como se fosse ter um ataque do coração, uma convulsão ou uma perda total de memória?”

Se a resposta for sim, deixe que o paciente descreva os ataques, seu perfil de sintomas, duração, quando e com que frequência ocorrem, o que os desencadeia e suas diferentes apresentações. Eis aqui um registro dos ataques mais comuns:

Desmaios (síncope): “As coisas começam a girar e me sinto tonto e eu apago quando me levanto ou tenho que ficar em pé por um longo tempo, ou quando sinto muito calor. Posso ter que me deitar. O ataque dura de uns poucos segundos a minutos e cede assim que adoto a posição horizontal, com as pernas e os braços levantados e a cabeça para baixo.”

Ataques narcolépticos: Súbitos e irresistíveis ataques de sono. Os pacientes dormem o suficiente durante a noite, mas têm vários ataques de sono durante o dia. Os cochilos duram de 10 a 20 minutos, mas podem estender-se até uma hora se o indivíduo não for interrompido. O paciente pode ser acordado em qualquer momento do ataque. Os ataques habitualmente estão separados por períodos de 90 minutos, ou múltiplos de 90 minutos, entre si. Podem estar associados a três sintomas auxiliares: 1) Ataques catapléticos: os pacientes relatam episódios de fraqueza muscular súbita de todo ou de partes do corpo, como um braço e o maxilar. Excitação emocional, raiva ou piadas podem desencadear os ataques. 2) Paralisia do sono: os pacientes acordam durante a noite e permanecem paralisados por uns poucos minutos, embora capazes de respirar. 3) Alucinações hipnagógicas

e hipnopômpicas: o paciente relata alucinações principalmente visuais, mas também auditivas, quando adormece à noite (alucinações hipnagógicas) e/ou quando acorda no meio da noite ou pela manhã (alucinações hipnopômpicas). Essas alucinações incorporam elementos do ambiente real e são relatadas por 20 a 40% dos indivíduos com narcolepsia.

Convulsões tipo grande mal: O paciente desmaia e acorda confuso, fraco, com dores de cabeça e habitualmente dores musculares generalizadas; às vezes ele se machucou, mordeu a língua ou perdeu a capacidade de continência vesical. Os outros lhe disseram que seus braços e pernas se contraíam e relaxavam ritmicamente enquanto ele estava inconsciente.

Pseudoconvulsões: Os pacientes podem relatar “convulsões” epilépticas, mas admitem que ainda ouvem e vêem o que acontece à sua volta, que não podem falar, mas que seu corpo está tremendo, e que seus braços e pernas estão se contraindo. Eles raramente se ferem, mordem a língua, se tornam incontinentes ou confusos depois da crise. A maioria dos pacientes é sugestível, eles podem ser induzidos a ter uma pseudoconvulsão sob hipnose ou num ambiente clínico que os impressione, como um laboratório de eletroencefalografia.

Convulsão parcial complexa ou do lobo temporal: O paciente relata que tem ataques de amnésia durante os quais realiza certas atividades estereotipadas, como verbalizações ininteligíveis, inadequadas ou irrelevantes, dá beijos estalados, mastiga, engole, dá tapinhas, coça uma parte do corpo ou retorce partes das roupas com as mãos. Por fim, o paciente fica confuso, tem amnésia parcial e está fatigado. A recuperação pode levar até 20 minutos antes que o paciente possa retomar suas atividades habituais.

Ataques de pânico: O paciente relata que frequentemente tem ataques que parecem ataques do coração. Os sintomas referidos são: palpitação, peso no coração ou ritmo cardíaco acelerado; sudorese; tremores ou estremecimentos; sensações de falta de ar ou de asfixia; sensação de sufocação; desconforto ou dor torácica; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, desequilíbrio ou vertigem; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle e enlouquecer; medo de morrer; parestesias; calafrios ou ondas de calor (ver DSM-IV-TR, ataque de pânico). Os ataques costumam surgir no início da vida adulta. Os ataques individuais começam subitamente e são mais intensos por 10 minutos após o início. Às vezes o esforço físico pode desencadearlos. Eles podem ocorrer inesperadamente, sem um de-

sencadeante conhecido, ou em conjunção com um evento externo, como ficar preso num elevador, ou interno, como quando o paciente tem palpitações. O ataque de pânico predisposto por uma situação é semelhante ao ataque de pânico ligado a uma situação (American Psychiatric Association, 2000, p. 431). O diagnóstico de transtorno de pânico exige ataques inesperados.

Ataques de amnésia (blackout alcoólico): Ver Capítulo 5, Seção 3.

Amnésia dissociativa: Ver Seção 2. Conversação: Memória, e Capítulo 5, Seção 3.

Despersonalização: Após sofrer um estresse grave, muitas vezes o indivíduo sente-se como se não fosse ele mesmo, como se estivesse num filme ou fora do corpo. Contudo, mantém pleno *insight*.

Desrealização: A pessoa relata que o mundo à sua volta parece irreal e estranho. Os objetos parecem maiores (macropsia) ou menores (micropsia), e as pessoas parecem estranhas ou mecânicas. O paciente mantém *insight* pleno.

Fuga dissociativa: O paciente viaja inesperadamente para longe de casa ou do trabalho, assume uma nova identidade ou fica confuso a respeito de sua identidade pessoal. Podem ocorrer perplexidade e desorientação, embora não costume haver evidências de uso de substâncias, de transtorno cognitivo ou de ordem médica geral. Depois da recuperação, ele não lembra do que houve durante a fuga.

Mudança dissociativa: O entrevistado muda subitamente o tom de voz, a expressão facial e o comportamento psicomotor. Tal mudança pode ocorrer de forma aparentemente espontânea em pacientes com transtorno dissociativo de identidade, mas também pode ser devida a um fator desencadeante que escapa ao entrevistador. Uma mudança dissociativa pode ser induzida pelo terapeuta após se familiarizar com algumas das identidades do paciente.

Ataque hipoglicêmico: O paciente relata que muitas vezes se sente molhado de suor, tremendo e faminto uma ou duas horas após a refeição.

Amnésia global transitória: O indivíduo informa ter perdido a memória por aproximadamente um dia inteiro. Não tinha conflitos anteriores e sessões de hipnose não podem recuperar a memória perdida. Esses ataques ocorrem esporadicamente em pessoas com mais de 60 anos de idade e são atribuíveis à insuficiência circulató-

ria nas estruturas cerebrais envolvidas na memória de evocação, como o hipocampo.

Ataques isquêmicos transitórios: O paciente relata um déficit neurológico focal, que dura menos de 15 minutos, como a cegueira em um olho, parestesia em um braço ou em uma perna. Esses ataques ocorrem em pacientes com doença cerebral vascular.

Se o paciente descrever um tipo de "acesso", pergunte-lhe imediatamente se esse é o único tipo de acesso que ele tem, ou se tem vários outros diferentes. Por exemplo, um paciente que sofre de verdadeiras convulsões tipo grande mal pode usar seus ataques como incentivos externos e também falsificá-los. Um profissional de saúde mental que tenha a oportunidade de presenciar uma tal falsificação pode concluir que o paciente não tem convulsões de grande mal e suspender a medicação anticonvulsivante. Os pacientes que sofrem de ataques de pânico frequentemente são capazes de distinguir entre os ataques que os surpreendem e aqueles que são antecipados. Portanto, é necessário convidar o paciente a descrever seus diferentes ataques.

Funcionamento executivo

A demência incipiente pode afetar primeiro as funções cognitivas mais altas, mais complexas e integradas. Os autores do DSM-IV-TR resumiram essas funções sob a denominação de *funcionamento executivo*. Elas incluem o planejamento, a organização, o sequenciamento e a abstração. Você pode avaliar o funcionamento executivo tanto por uma abordagem indutiva quanto dedutiva.

A abordagem indutiva enfoca as funções básicas nas quais se baseiam as funções executivas. Tais funções incluem atenção, concentração, mudança de referencial e memória. Em um nível mais complexo, envolvem abstração, resolução de problemas e dimensões da inteligência. Esta abordagem indutiva está demonstrada no Capítulo 5: Testagem.

A abordagem dedutiva toma como objeto diretamente as funções mais complexas, tal como se apresentam na vida diária do paciente. Procure evidências de um declínio em sua eficiência intelectual, fazendo-lhe perguntas específicas sobre o seu dia-a-dia em lugar de utilizar testes de quantificação. Você pode avaliar a capacidade de planejar perguntando se o paciente é capaz de fazer e manter um programa de atividades, fazer e manter um orçamento, e se ele usa seu tempo com sabedoria. Avalie o sequenciamento pedindo-lhe que coloque em ordem de prioridade suas tarefas diárias no trabalho ou em casa. Você pode formar uma impressão de sua capacidade de

abstração discutindo com ele os princípios nos quais baseia suas prioridades.

Uma forma prática de discutir essas funções, especialmente a organização, é pedir ao paciente que descreva suas atividades do dia, semana, mês e ano anteriores. Essa tarefa requer uma memória recente intacta. Depois, discuta com ele meios alternativos de alcançar as metas que ele estabeleceu nesses períodos de tempo. Essa reflexão requer abstração, raciocínio e tomada de decisões. Desse modo podem ser identificados déficits no funcionamento executivo. A análise desses déficits vai direcioná-lo à testagem das funções cognitivas básicas subjacentes que podem estar deterioradas (Royal e cols., 1992). Use a Entrevista Executiva (EXIT) e a Avaliação Qualitativa da Demência (QED) para a testagem (ver Capítulo 5: Testagem e Apêndice).

Insight

Obtenha uma noção do *insight* de seu paciente a respeito de seus sintomas desde o início da consulta (ver Capítulo 2). Siga monitorando o *insight* sempre que, a partir da sondagem, surjam novos sintomas ou problemas:

- "O que você pensa sobre...?"
- "Você considera isso normal?"
- "Precisa de ajuda para isso?"

Se ele responder com:

"É para isso que eu estou aqui!",

demonstra, no mínimo, algum *insight*. Então comprove:

"Quais são seus pontos fortes?"

Essa abordagem por lados opostos ajuda o paciente a reconhecer a fronteira entre funções intactas e alteradas. Se ele defende seus sintomas como estando baseados na realidade, tem pouco *insight*. Como dissemos antes, os pacientes raramente têm *insight* de alucinações e delírios reais, persistentes, e que não sejam induzidos por substâncias. A razão é simples: o *insight* se baseia em uma consciência cognitiva da realidade consensual, e esse processo está perturbado no estado alucinatório delirante. Se um paciente alucina ou apresenta pensamento delirante, o processo patológico afeta a função que é necessária para reconhecer a percepção como distorcida e o pensamento como perturbado. Essa falta de *insight* é chamada de *anosognosia*.

N. de T.: No original, respectivamente, *Executive Interview* e *Qualitative Evaluation of Dementia*.

Os pacientes podem identificar as emoções distorcidas com maior facilidade do que a cognição alterada. Isso é verdadeiro para aqueles depressivos e esquizofrênicos. Para o maníaco, é mais fácil reconhecer o seu comportamento como alterado — orgias de gastos, falar excessivamente, envolvimento sexual indiscriminado — do que identificar seus sentimentos persistentes de euforia e irritabilidade como perturbados. Ele identifica os estados de humor ansiosos e depressivos como perturbações antes do que o humor eufórico.

Obsessões, compulsões, evitações fóbicas e abusos de substâncias raramente ocorrem sem o *insight* do paciente em relação à natureza patológica dos mesmos. Com a possível exceção de alguns abusadores de drogas, esses pacientes têm pouca dificuldade em identificá-los como problemas. Eles têm, no entanto, dificuldade em controlá-los ou modificá-los.

Juízo crítico

Juízo crítico é a capacidade de escolher objetivos adequados e selecionar meios socialmente aceitáveis e adequados de os atingir. Reflete o teste da realidade, a inteligência e a experiência. Já que o juízo crítico exige uma integração da realidade exterior, de necessidades internas e de capacidades de bem-viver, é um indicador sensível das funções mentais.

Os entrevistadores costumam avaliar o juízo crítico examinando o conhecimento geral e a capacidade para resolver problemas. Os médicos perguntam, por exemplo:

- "Por que os rios correm para os oceanos?"
- "Por que as estrelas aparecem à noite?"
- "Por que o governo recolhe impostos?"

As respostas demonstram alguns aspectos da inteligência social, mas deixam de tocar no âmago da questão referente ao juízo crítico.

As perguntas que exigem que o paciente declare seu ponto de vista sobre seu potencial e seus limites em um contexto social ajudam a trazer à tona o seu juízo crítico. Você pode perguntar a respeito de seus planos futuros:

- "Como lhe parece o futuro?"
- "Quais são suas chances de fazer um recomeço na vida?"
- "Você acha que pode criar uma grande invenção?"
- "Existe alguma chance de que você venha a ser famoso?"
- "Qual é a chance de que você venha a se tornar um líder de algum tipo?"

Essas perguntas convidam o paciente a fazer uma conexão entre o seu estado presente e o seu futuro. Elas

examinam a autopercepção de suas próprias capacidades e avaliam a estimativa dos riscos envolvidos em certas ações e quanto risco está disposto a enfrentar. Eis aqui respostas típicas de vários tipos de pacientes a essas perguntas.

Um paciente com transtorno cognitivo descreve planos para seu futuro muito longe da realidade, seleciona meios inadequados e ilógicos para atingi-los e se mostra despreocupado por sua falta de capacidade, experiência ou currículo para alcançá-los.

Um paciente com esquizofrenia muitas vezes responde de uma pergunta sobre juízo crítico de forma completamente inadequada, mostrando um delírio bizarro. Ele pode dizer:

"Eu vou parar a batalha das estrelas."

"Eu vou isolar meu quarto de maneira que os raios X da grande máquina não possam penetrar meu corpo."

Um paciente com transtorno do humor dá respostas divergentes, conforme esteja maníaco ou depressivo. Quando está depressivo, subestima suas capacidades, é pessimista a respeito do resultado de suas ações, ou superestima os riscos e abomina a idéia de enfrentá-los. O futuro parece negro, sem possibilidade alguma de crescimento ou sucesso. Quando maníaco, nenhum objetivo é alto demais que não possa ser atingido; percebe suas ca-

pacidades como ilimitadas, os riscos como desprezíveis, e seu desejo de enfrentá-los é grande. Seu futuro resplandece em cores brilhantes. Os reveses são rapidamente esquecidos e, mesmo que as tarefas não sejam concluídas, a felicidade está garantida.

Alguém ansioso reconhece suas capacidades, mas superestima os riscos, se afasta assustado e não os assume. Vê seu futuro com comedimento; espera obstáculos e controvérsias em toda parte e não espera satisfação.

Você pode aferir o juízo crítico de seu paciente comparando-o a suas realizações no passado. Se seus objetivos são condizentes com seu desempenho passado e dentro de suas capacidades e de seu controle, melhor é o seu julgamento crítico; quanto maior a discrepância, pior o juízo crítico.

Já que a maioria dos sintomas psiquiátricos afeta o juízo crítico, é melhor avaliar sistematicamente esta função em cada um de seus pacientes. Assim, a avaliação diagnóstica ficará melhor. Mesmo sintomas leves podem ter um impacto profundo sobre o juízo crítico. Quando um paciente muda de emprego, cidade, cônjuge, metas profissionais, parceiros de negócios ou estratégias de investimento, avalie se essas mudanças refletem uma deterioração no juízo crítico desencadeada por um transtorno do humor, de ansiedade ou relacionado a substâncias.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Capítulo 4: Exame do estado mental

Esta lista de verificação foi concebida para gerar sentimentos de culpa quanto à completude de uma avaliação do estado mental até mesmo no entrevistador perfeccionista. O que foi que você esqueceu? Para obter o maior rendimento do sentimento de culpa, responda a cada pergunta tendo em vista aqueles pacientes que você entrevistou, mas não foi capaz de chegar a um diagnóstico. Marque os itens não-avaliados em vermelho. Procure no glossário qualquer termo desconhecido.

Preencha com os números correspondentes

1. A disposição do paciente em cooperar permitiu-me usar os seguintes métodos de avaliação (liste até quatro; também compare com o Capítulo 5: Testagem):
1 = observação
2 = conversação
3 = investigação
4 = testagem

Observação

Aparência:

2. As seguintes características da aparência do paciente tinham interesse diagnóstico (liste até três):
1 = nenhuma
2 = raça
3 = diferença entre a idade aparente e a idade declarada
4 = nutrição
5 = tipo de corpo
6 = higiene
7 = modo de vestir
8 = contato visual

Consciência:

3. O nível de consciência do paciente indicava:
1 = estado de alerta
2 = letargia
3 = sonolência
4 = estupor
5 = coma

Comportamento psicomotor:

4. As seguintes funções foram de importância diagnóstica (liste até três):
1 = nenhuma
2 = postura
3 = movimentos expressivos
4 = movimentos reativos
5 = movimentos relativos à aparência
6 = gestos simbólicos
7 = movimentos com objetivo definido

5. Foram observados os seguintes movimentos anormais:

- 1 = nenhum
2 = tremores
3 = movimentos atetóicos
4 = movimentos coreicos
5 = estupor catatônico
6 = tiques

Conversação

Atenção e concentração:

6. Durante a entrevista, o paciente parecia:
1 = atento
2 = distraído
3 = apático

Fala:

7. O paciente tinha os seguintes problemas com a fala (liste até três):
1 = nenhum
2 = articulação perturbada
3 = disprosódia
4 = falta de fluência
5 = taquilalia
6 = circunlóquios
7 = fala parafrásica
8 = fala com neologismos
9 = erros gramaticais

Pensamento:

8. O paciente tem os seguintes transtornos do pensamento (liste até três):
1 = nenhum
2 = uso concreto das palavras
3 = uso de expressões excessivamente inclusivas
4 = circunstancialidade
5 = tangencialidade
6 = perseveração
7 = palilalia
8 = associação por ressonância
9 = bloqueio e descarrilamento
10 = fuga de idéias
11 = non sequitur
12 = fragmentação
13 = divagação
14 = falar sem sentido
15 = salada de palavras

Orientação:

9. O paciente mostrou os seguintes tipos de desorientação (liste todos os presentes):
1 = nenhum
2 = quanto à pessoa
3 = quanto ao dia da semana
4 = quanto ao dia do mês
5 = quanto à hora do dia
6 = quanto ao mês
7 = quanto ao ano
8 = quanto à estação
9 = quanto ao lugar

Memória durante a conversação: (comparar também Capítulo 5: Testagem)

10. O paciente deu as seguintes evidências de memória de evocação imediata, de curta e de longa duração, e de memória remota:
1 = repetir seu nome (ou cinza, relógio, margarida, justiça)
2 = evocação imediata de como se soletra seu nome (ou quatro palavras)
3 = evocação de seu nome (ou quatro palavras) durante o curso da entrevista
4 = evocação de acontecimentos das últimas 24 horas
5 = discutir acontecimentos remotos verificáveis

Afeto:

11. Qual dos seguintes afetos predominou no seu paciente durante a entrevista?

- 1 = tristeza
- 2 = euforia
- 3 = repugnância
- 4 = ansiedade
- 5 = raiva
- 6 = perplexidade
- 7 = culpa
- 8 = suspeição
- 9 = satisfação

12. Quais dos nove afetos estavam faltando?

Utilize a chave da questão 11.

13. O afeto do paciente era expresso principalmente em:

- 1 = gestos
 - 2 = expressões faciais
 - 3 = postura
 - 4 = movimentos relativos à aparência
 - 5 = movimentos reativos
 - 6 = movimentos com objetivo definido
 - 7 = tom de voz
 - 8 = altura da voz
 - 9 = seleção do vocabulário
- (Limite de três, conforme grau de importância)

14. O paciente regulou seu afeto predominantemente por meio de:

- 1 = supressão
- 2 = controle apropriado
- 3 = atuação
- 4 = simulação
- 5 = nenhum dos anteriores

15. Como você julgou a intensidade do afeto de seu paciente?

- 1 = alta
- 2 = média
- 3 = baixa

16. O espectro das disposições afetivas de seu paciente era:

- 1 = estreito
- 2 = médio
- 3 = amplo

Investigação*Humor:*

17. Nomeie os termos que o paciente usou para descrever a qualidade de seu humor.

18. Quão estável foi o humor do paciente nas últimas 24 horas? Se houve mudanças de humor, liste o tipo de humor e como ocorreram as mudanças.

19. O quanto seu paciente reage a boas notícias? Descreva no mínimo um acontecimento positivo e a reação do paciente a ele.

20. Dê exemplos que demonstrem a intensidade do humor do paciente.

21. Se o humor predominante do paciente mudou nas quatro últimas semanas, descreva essa mudança e quanto tempo ela durou.

Energia:

22. Descreva quanta energia seu paciente tem.

23. Ele é organizado no seu planejamento? SIM NÃO

24. Para ele, é fácil começar? SIM NÃO

25. Ele procrastina? SIM NÃO

26. Ele é persistente em perseguir metas? SIM NÃO

27. Ele conclui suas tarefas? SIM NÃO

Percepção:

28. Se alguma vez o paciente teve alucinações, descreva seu conteúdo.

29. Determine o estágio de *insight* (I — V) quanto à alucinação.

Conteúdo do pensamento:

30. Se alguma vez o paciente teve delírios, descreva seu conteúdo.

31. Determine o estágio de *insight* (I-V) no delírio.

32. Classifique o delírio de acordo com o seu conteúdo como predominantemente:

- 1 = maníaco
- 2 = depressivo
- 3 = esquizofrênico
- 4 = inespecífico

33. Descreva as idéias supervalorizadas do paciente, se houver.

34. Descreva o conteúdo das fobias do paciente.

35. Liste as idéias obsessivas do paciente, se houver.

36. Liste as compulsões, se houver.

Sintomas somáticos sem explicação médica:

37. Indique quais dos sete sintomas do teste de discriminação rápida para transtorno de somatização estão presentes no paciente.

- 1 = falta de ar
- 2 = dismenoréia
- 3 = sensação de ardência nos órgãos sexuais
- 4 = nó na garganta
- 5 = amnésia
- 6 = vômitos
- 7 = dor nas extremidades

38. Na resposta à questão 37, circule os sintomas que preencham ambas as condições: iniciar antes dos 30 anos e não ter uma explicação médica.

Sintomas conversivos:

39. Liste-os, se houver.

Identidade dissociativa:

40. Se seu paciente, alguma vez, teve períodos de amnésia nos quais tenha assumido uma outra personalidade, descreva-os.

Ataques paroxísmicos:

41. Liste os ataques paroxísmicos de seu paciente, se houver:

- 1 = desmaios
- 2 = ataques de narcolepsia
- 3 = convulsões tipo grande mal
- 4 = pseudoconvulsões
- 5 = convulsões complexas parciais
- 6 = ataques de pânico
- 7 = blackout alcoólico
- 8 = amnésia psicogênica
- 9 = estado de fuga
- 10 = ataques hipoglicêmicos
- 11 = amnésia global transitória
- 12 = ataques isquêmicos transitórios
- 13 = tiques de la Tourette

Insight

42. Classifique o *insight* do paciente em relação à sua doença:

- 1 = ele reconhece os sintomas como parte de uma doença
- 2 = ele reconhece os sintomas, mas fornece uma explicação racional para os mesmos
- 3 = ele nega que os sintomas sejam expressões de uma doença

Juízo crítico

43. Descreva os planos futuros de seu paciente. Eles são realistas?

CAPÍTULO CINCO

TESTAGEM

1. Nível de consciência: letargia, estupor e coma
2. Atenção e vigilância: distratibilidade e perseveração
3. Memória: amnésia e incapacidade para aprender
4. Orientação: confusão
5. Linguagem: afasia
6. Conhecimento: agnosia
7. Desempenho: apraxia
8. Reflexos e movimentos patológicos
9. Amplitude afetiva
10. Sugestionabilidade: dissociação
11. Pensamento abstrato: concretude
12. Inteligência: demência, retardo mental
13. Testagem seriada de estados psicológicos seletivos

RESUMO

O Capítulo 5 descreve as funções mentais e os estados psicológicos alterados em alguns transtornos psiquiátricos do Eixo I. Localiza essas funções mentais no cérebro e propõe testes rápidos da função mental para serem realizados no leito do paciente e escalas comuns para a mensuração seriada dos estados psicológicos.

▲▲▲▲▲

Poucas coisas são impossíveis para a diligência e a habilidade.

— Samuel Johnson (1709-1784), *Rasselas*,
Cap. XII (1759)

▼▼▼▼▼

Em cada exame do estado mental que você realiza, presta uma homenagem à história de três disciplinas: a psiquiatria, a psicologia e a neurologia. Os pais fundadores da psiquiatria foram os neurologistas que diagnosticaram e trataram tanto as doenças neurológicas quanto as psiquiátricas. Eles introduziram o exame do estado mental. Desde então, o cisma entre a psiquiatria e a neurologia tem-se ampliado e isso se reflete no atual exame do estado mental. O exame do estado mental conduzido pelos neurologistas difere daquele que é conduzido pelos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e reflete

as diferentes populações de pacientes com que esses grupos trabalham.

Os neurologistas, em sua maioria, lidam com pacientes que sofrem de lesões estruturais no cérebro, macroscópicas, predominantemente focais, como acidentes vasculares cerebrais (AVC), tumores e traumatismos. Assim, o exame do estado mental enfoca as áreas anatômicas, como os lobos (frontal, parietal, occipital), hemisfério direito *versus* esquerdo e cerebelo. O exame do estado mental se concentra, portanto, em áreas particulares, especificamente mudança de referencial, apraxia típica dos

transtornos do lobo frontal, afasias e agnosias e déficits de construção típicos dos lobos parietal, occipital e temporal.

Os psicólogos e psiquiatras lidam, predominantemente, com pacientes que sofrem de deterioração das funções cerebrais não-estruturais, como nos transtornos dissociativo, de humor, de ansiedade e de personalidade, apenas para nomear uns poucos. A avaliação padronizada da resposta afetiva, da obsessividade, da passibilidade de ser hipnotizado, dos mecanismos de defesa e dos padrões de transferência observados durante a entrevista pode ser incluída na avaliação do estado mental de rotina, se assim indicado. Além disso, o exame do estado mental neuropsicológico inclui diversos testes padronizados de consultório que podem ser usados para avaliar sistematicamente o surgimento sutil de transtornos cognitivos nos pacientes. Pacientes que sofrem de três problemas médicos gerais conhecidos costumam ser testados com respeito ao funcionamento neuropsicológico:

1. demências lentamente progressivas devidas à doença de Alzheimer e demências vasculares;
2. transtornos relacionados a substâncias, como intoxicação, abstinência, *delíria* e *danos* persistentes, que podem ser responsáveis por estados amnésicos e demência persistente induzida por substâncias;
3. problemas médicos gerais que levam a um transtorno agudo, que causa um *delírium*, ou a um transtorno crônico, que causa uma demência, como doença do HIV, traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob e outras (por exemplo, doença dos corpos de Lewy e demência frontotemporal).

Os psicólogos têm sido muito influenciados pela neurofisiologia, com ênfase na mensuração das funções psicológicas e cognitivas. Eles preferem as medidas quantitativas padronizadas, confiáveis e válidas do nível de funcionamento atual de um paciente ao exame qualitativo do estado mental realizado pelos psiquiatras. Em virtude de seu treinamento, os psicólogos desenvolveram um alto grau de sensibilidade para a seleção de testes adequados para quantificar os pontos fortes e os fracos de seus pacientes. Por outro lado, os psiquiatras clínicos usam uma abordagem categórica em seus diagnósticos, que inclui avaliações relativamente breves da concentração, memória, orientação e outras funções cognitivas.

Este capítulo descreve testes de todas as três disciplinas. Inclui as contribuições do exame neurológico do estado mental, incluindo como avaliar as funções dos diversos lobos cerebrais — especialmente a agnosia, apraxia e afasia. Compreende avaliações quantitativas para a expressão do afeto e da passibilidade de ser hipnotizado. Além disso, consigna um número crescente de escalas padronizadas,

confiáveis e validadas para mensuração de depressão, mania, pânico, ansiedade, psicose, inteligência e funções cognitivas, entre outras (van Riezen e Segal, 1988).

As escalas padronizadas de mensuração atualmente são uma exigência de rotina pelo Food and Drug Administration* (FDA), para documentar a eficácia comparativa de novas drogas psicotrópicas em relação àquelas já conhecidas. São o padrão para documentar a mudança clínica nas doenças psiquiátricas.

O que os testes fazem?

Um teste no campo da saúde mental mede funções mentais. A maioria dos leitores está a par de que existem testes à disposição e sabem como utilizá-los. A testagem auxilia a estabelecer e a confirmar os diagnósticos psiquiátricos. A testagem requer a cooperação do paciente. Pacientes hostis ou paranóides podem se recusar a participar do processo de testagem, e essa recusa é uma pontuação na testagem.

Qualquer testagem tem duas características: primeiro, permite-lhe examinar uma suspeita de deterioração de forma padronizada. Segundo, fornece informações quantificadas sobre a deterioração em um determinado ponto da história do paciente e pode, portanto, servir como linha de base e medida de mudança. Permite-lhe documentar melhora, manutenção do *status quo* ou piora.

Como já dissemos, os testes diferem quanto ao seu propósito. A testagem neurológica identifica déficits nas funções mais elevadas decorrentes de lesões cerebrais, mostrando falhas em tarefas circunscritas. A testagem psiquiátrica e psicológica costuma medir quantitativamente distúrbios funcionais, comparando pontuações da testagem com padrões adequados para a idade; por exemplo, a Escala de Wechsler para a Avaliação da Inteligência no Adulto (WAIS; Wechsler, 1981).

A quem testar?

Os testes são usados de forma seletiva; nem todos os pacientes são testados para tudo. Se um paciente funciona bem social e profissionalmente, apresenta uma história confiável, responde às perguntas de maneira detalhada e se comporta adequadamente na situação da entrevista, nós presumimos que a atenção, a compreensão e a expressão da linguagem, o comportamento psicomotor, a orientação, a memória, a inteligência e a abstração estejam basicamente intactos. Nessa situação, um psiquiatra costuma abster-se de qualquer testagem do estado mental.

*N. de T.: Órgão responsável pela regulamentação de todos os alimentos e medicamentos utilizados nos Estados Unidos.

A testagem costuma ser feita quando a investigação ou não chega a estabelecer o diagnóstico do nível de funcionamento do paciente ou revela algum dano. Se uma confirmação externa corrobora a capacidade do paciente de exercer suas funções executivas — planejar, organizar, sequenciar e abstrair — de uma maneira eficiente e dirigida a um objetivo, a testagem pode ser abreviada. Entretanto, na maioria dos casos, um paciente o consulta em função de alguns problemas de comportamento que afetam suas funções sociais e executivas, mesmo que ele não esteja sofrendo de um princípio de demência. Portanto, a testagem formal de três funções cognitivas — orientação, memória e inteligência — é uma avaliação central. O exame dessas três funções centrais também é exigido pelos pagadores do atendimento médico, como a Medicare (HCFA, 1989).

A razão pela qual esses testes são frequentemente omitidos para os pacientes psiquiátricos com funcionamento elevado se prende a dois fatos:

1. o profissional se sente constrangido para perguntar sobre orientação e memória;
2. ele está pouco familiarizado com uma avaliação quantitativa rápida da inteligência.

Este capítulo ajudará a superar esses obstáculos à testagem.

Quando testar?

Basicamente existem dois momentos em que os testes podem ser feitos:

1. Quando uma disfunção emerge pela primeira vez na entrevista, como ilustra o exemplo seguinte:

“Você está me dizendo que tem dificuldades com sua memória. Eu gostaria de examinar esse problema um pouco mais. Você se importaria se nós fizéssemos um pequeno teste, para ter uma idéia mais clara a respeito do seu problema?”

2. No final da entrevista, quando isso não interrompe seu fluxo. Neste ponto, você pode dizer:

“Você me deu uma idéia sobre seus problemas. Fico imaginando se seus problemas teriam afetado sua capacidade de manter a noção do tempo ou se teria interferido com a sua memória ou a sua capacidade para resolver os problemas do dia-a-dia.”

Mesmo se o paciente diz:

“Eu acho que não.”,

você pode dizer:

“Você se importaria se eu lhe fizesse umas poucas perguntas padrão para documentar o seu nível de funcionamento?”

Na maioria dos casos, o paciente concordará. Se ele tiver mostrado ou se queixado de algumas dificuldades durante a entrevista, mas você tiver decidido não testar este problema naquele momento, pode dizer, por exemplo:

“Você me disse que tem problemas com a atenção. Você se importaria se a testássemos rapidamente agora?”

Como testar?

Antes de iniciar, explique ao paciente o que será testado e por que é importante fazê-lo. Teste as funções superiores — por razões econômicas — em uma hierarquia reversa, do mais complexo para o mais simples (Ludwig, 1985; Strub e Black, 1993). As funções complexas se deterioram primeiro; o transtorno das funções inferiores indica uma gravidade maior. Por exemplo, inicialmente examine a resolução de problemas e a abstração e, se detectar dificuldades grosseiras, então teste memória e orientação. Se encontra dificuldades aí, poderá querer conferir atenção, vigilância, concentração e mudança de referencial.

No esboço a seguir, começaremos com as funções mentais mais básicas, para então progredir para as mais complexas. Essa abordagem é seguida habitualmente por outros autores (Strub e Black, 1993; Taylor, 1993; Weintraub e Mesulam, 1985).

Eis aqui a hierarquia, do mais simples para o mais complexo:

1. Nível de consciência: letargia, estupor e coma
2. Atenção e vigilância: distratibilidade e perseveração
3. Memória: amnésia e incapacidade para aprender
4. Orientação: confusão
5. Linguagem: afasia
6. Conhecimento: agnosia
7. Desempenho: apraxia
8. Reflexos e movimentos patológicos
9. Amplitude afetiva
10. Sugestionabilidade
11. Pensamento abstrato: concretude
12. Inteligência: demência, retardo mental
13. Testagem seriada de estados psicológicos seletivos

1. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: LETARGIA, ESTUPOR E COMA

A consciência se refere à capacidade de reconhecer e responder a estímulos. O sistema ativador ascendente da

formação reticular do pedúnculo cerebral e sua projeção difusa sobre o tálamo e o córtex impõem os estímulos. A velocidade de descarga do sistema determina o nível de alerta, graduado em alerta, letárgico, obnubilado, estuporoso ou comatoso. A testagem da consciência é simples (ver Capítulo 4, Seção 1: Observação). Quando dirige-se ao paciente letárgico falando em voz alta, ele responde. Seu pensamento é difuso e não se direciona a um objetivo, seus movimentos estão diminuídos e sua capacidade de se dar conta do que está acontecendo está limitada. A letargia pode ocorrer nos delírios devidos à intoxicação por substância, aos distúrbios médicos (metabólicos), a múltiplas etiologias ou transtornos sem outra especificação (SOE).

Os pacientes estuporosos mal respondem, mesmo à estimulação persistente e vigorosa, talvez somente por meio de gemidos e de inquietação. As formas especiais são o mutismo acinético e a catatonía periódica de Gjessing (ver Glossário). O paciente obnubilado oscila entre a letargia e o estupor. O paciente comatoso não responde mesmo se você o beliscar. Se a consciência está prejudicada, como na pessoa intoxicada, sedada ou privada de sono, todas as outras funções superiores estarão proporcionalmente afetadas.

O estupor psicogênico é a combinação de dois sintomas de catatonía: imobilidade motora e mutismo (American Psychiatric Association, 2000, p. 316). É um estado de não-responsividade, no qual o paciente está alerta e pode lembrar o que aconteceu durante esse estado. O paciente pode resistir a abrir os olhos. O fechamento dos olhos não é lento ou sem energia como no verdadeiro estado comatoso. Água fria aplicada ao canal do ouvido (teste térmico) produz nistagno, diferentemente do coma verdadeiro. Além disso, o eletrencefalograma (EEG) é normal (Edward e Simon, 1992). O estupor psicogênico em um estado de pânico pode paralisar o paciente de medo. O estupor em um paciente com transtorno de somatização sem incontinência urinária pode indicar a evitação de uma situação desagradável.

O estupor psicogênico pode caracterizar formas especiais de transtorno bipolar, denominadas psicose confusional e de motilidade (Leonhard, 1979). Esse estupor afeta principalmente os movimentos reativos e expressivos e, em menor escala, os movimentos dirigidos a um objetivo. A incontinência é rara. Um estupor semelhante, com retardo psicomotor extremo, pode ser visto na depressão. Algum estupor psicogênico está associado a um aumento no tônus muscular, à catalepsia, estereotípias, expressão facial de "cara morta" e incontinência urinária.

Um aumento no tônus muscular pode levar a uma expressão facial estranha, chamada *Schnauzkrampf*, em que a boca está protrusa devido ao aumento na tensão da musculatura da região oral. Quando esses pacientes se deitam, sua cabeça fica elevada uns 2,5 cm do travesseiro, por causa da contração dos músculos esternocleidomastoídeos. Isso é chamado de "travesseiro psicológico". Os pacientes entrevistados após um dito estupor catatônico podem descrever essa provação como um pesadelo e relatar alucinações e delírios. Eles costumam admitir que podiam ouvir o pessoal da enfermaria ou os membros da família na visita conversando e se lembram de como foram tratados. Indagou-se a um paciente por que ele não respondera a nenhuma das perguntas enquanto estava imóvel. Ele respondeu:

"Porque eu estava em uma dimensão diferente."

2. ATENÇÃO E VIGILÂNCIA: DISTRATIBILIDADE E PERSEVERAÇÃO

A atenção é a capacidade de alguém alerta se concentrar em um estímulo externo. O sistema ativador ascendente da formação reticular, juntamente com as funções do lobo frontal são os responsáveis por essa capacidade. Teste a atenção fazendo o paciente repetir até sete dígitos, para diante e para trás, apresentados a ele com intervalos de um segundo (Teste de Intervalo Interdígitos²; Weintraub e Mesulam, 1985). O nível mínimo de desempenho normal são cinco dígitos para diante e quatro para trás. Não conseguir atingir esse padrão é denominado de desatenção ou distratibilidade. Os pacientes com transtorno amnésico têm um desempenho dentro do normal.

A vigilância (concentração) se refere à atenção sustentada a uma corrente de estímulos. Para testar a vigilância, utilize o Teste de Desempenho de Permanência (Rosvold e cols., 1956). Peça ao paciente que bata na mesa a cada vez que ouvir um A entre uma série de letras faladas ao acaso, como K, D, A, M, T, X, T, A, F, O, K, L, E, N, A, X, D. O número de erros (omissão e comissão) mostra a sua capacidade de sustentar a atenção. Se ele bater na mesa após cada letra, isso demonstra perseveração. A norma é igual a 90% das respostas corretas durante uma exposição de 10 minutos; 80% se exigida uma resposta

²N. de T.: Em alemão no original. Literalmente: "câimbra, espasmo do focinho", cf. *Langenscheidts Taschenwörterbuch, Deutsch-Portugiesisch*, 1982.

³N. de T.: Em inglês *Digit Span Test*.

complexa, isto é, bater somente quando A for seguido de X.

Uma pontuação baixa nesses testes pode lhe fornecer evidências de déficit de atenção, tal como se observa em vários transtornos psiquiátricos, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, predominantemente o tipo desatento, que costuma persistir até a idade adulta, mesmo que tenha ocorrido a remissão parcial de outros sintomas preexistentes de hiperatividade (American Psychiatric Association, 2000, p. 90).

Perseverança e falta de persistência

A perseverança é a capacidade de sustentar um comportamento no decorrer de um longo período de tempo; é uma outra medida de concentração. Foi padronizado gerar listas de três palavras, iniciando por F, A e S, respectivamente, durante um intervalo de 60 segundos (Spreen e Benton, 1969). Os graduandos do ensino médio respondem com uma média de 36 palavras em 3 minutos, isto é, com 12 palavras por lista. As séries para trás de sete ou de três testam a perseverança e as habilidades matemáticas, além de outras funções (Smith, 1976 e 1975).

Solicite ao paciente que subtraia 7 de 100 e repita a subtração de cada resto (100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79, etc.). Aos pacientes com QI abaixo de 80, peça que subtraia 3 de 30. Registre o tempo e o número de erros; tanto quanto sabemos, não existem padrões à disposição. A atenção e a vigilância podem ser avaliadas combinadamente, pedindo-se ao paciente para nomear os meses do ano na ordem inversa, ou para soletrar palavras de trás para diante. A incapacidade para fazer isso mostra desatenção ou falta de persistência.

A perseverança motora pode ser testada, solicitando-se ao paciente, por exemplo, que mantenha os olhos fechados, a língua protrusa ou o olhar lateralizado. A incapacidade de perseverar é chamada de falta de persistência motora. Pacientes com lesão do lobo frontal mostram esse tipo de falta de perseverança (Ben-Yshay e cols., 1968).

A capacidade para trocar de um comportamento para outro, chamada de *mudança de referencial*, é medida por estímulos visuais, auditivos e táteis. A incapacidade de modificação é chamada de perseveração. Seguem-se exemplos:

Visual: Pede-se ao paciente para copiar um determinado padrão, como mostrado na Figura 5.1.

O paciente com perseveração visual não consegue trocar para diante e para trás entre o desenho arredondado e o pontiagudo. Ele começa a perseveração no desenho arredondado (porção superior da figura). O mesmo paciente é também incapaz de justapor os laços; ele quebra o padrão após dois laços. Em vez disso, depois da primei-

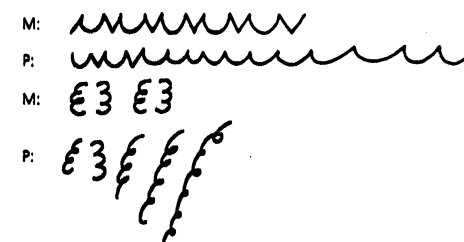


Figura 5.1 Perseveração.

ra tentativa aceitável, ele continua os laços em uma única direção e também aumenta o número de laços.

Auditivo: Pede-se ao paciente para contar as letras do alfabeto A1, B2, e assim por diante. Aos pacientes instruídos e inteligentes, pede-se contar de 3: A3, B6, C9 e assim por diante. O paciente com perseveração auditiva pode conseguir inicialmente parear as letras consecutivas do alfabeto com os números consecutivos, mas depois de D4, por exemplo, ele persevera em 4.

M: A1, B2, C3, D4,...

P: A1, B2, C3, D4, E4, F4, G4,

Os pacientes com dano no sistema de ativação da formação reticular, no sistema límbico ou no lobo frontal apresentam falhas nos testes de atenção e vigilância, assim como no *delírium*, no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, na mania grave, na depressão e na intoxicação por sedativos. Pacientes com dano no lobo frontal podem ser mal-sucedidos, especialmente nos testes para *mudança de referencial*. Para uma testagem mais ampla, utilize a bateria de Halstead-Reitan (Reitan e Wolfson, 1985) ou a Investigação Neuropsicológica de Luria (Luria, 1966; Golden e cols., 1991).

3. MEMÓRIA: AMNÉSIA E INCAPACIDADE PARA APRENDER

Diferencie a memória imediata da memória de curto e longo prazo, recente e remota.

Teste a memória *imediate* (recordar após 5 a 10 segundos) pela repetição de letras, números (ver Seção 2: Atenção, anteriormente citada), ou quatro palavras não-relacionadas (marrom, honestidade, tulipa e boca-aberta) (Strub e Black, 1993). A memória imediata exige o recebimento, o registro, a aquisição e a reprodução, envolvendo o sistema de ativação da formação reticular, o lobo frontal, o sistema límbico e a área central da fala (ver Capítulo 4, Seção 2: Conversação, linguagem).

Você pode testar a memória visual imediata, que é regulada principalmente pelo lobo temporal não-dominante, pedindo ao paciente para copiar desenhos abstratos (Figura 5.2). As seguintes instruções são úteis:

"Agora eu vou lhe mostrar alguns desenhos simples. Quero que você olhe para cada desenho à medida que eu o mostro para você. Certifique-se de que está olhando para ele de modo a poder desenhar de memória o que você viu. Não desenhe antes que eu tenha dito para começar."

Após dizer isso, segure o primeiro desenho por 5 segundos na frente do paciente. Depois de retirar a figura, espere 5 segundos e diga-lhe para desenhar o que acaba de ver.

Pontuação: Pontue cada desenho numa escala de quatro pontos com valores de 0 a 3:

0 = fraco: incapacidade de recordar e reproduzir o desenho

1 = regular: desenho reconhecível, mas com distorções, rotações, omissões parciais ou confabulações

2 = bom: facilmente reconhecível, com erros mínimos de integração, omissão ou adição

3 = excelente: reproduções perfeitas (ou quase perfeitas)

A média dos pacientes reproduz todos os desenhos com uma pontuação de 2 ou 3. Pontuações baixas indicam um déficit na memória visual imediata (Strub e Black, 1993).

A memória de *curto prazo* é a capacidade para lembrar a informação depois de passados 5 a 10 minutos, habitualmente testada depois da distração entre a apresentação e a recuperação da memória. Teste a memória

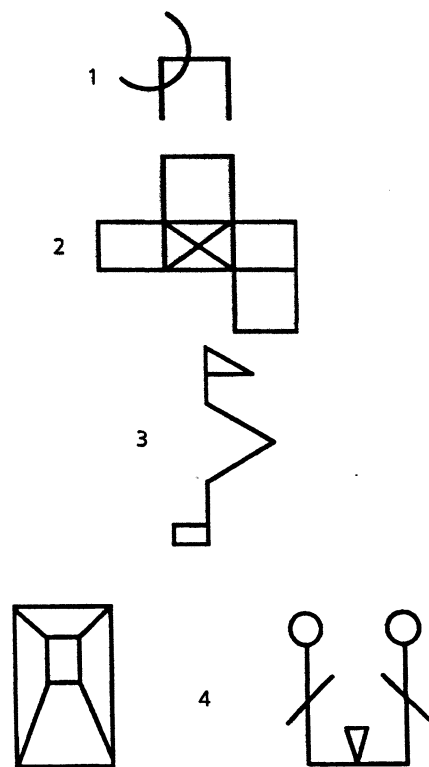


Figura 5.2 Itens de teste para reprodução visual pelo desenho. (Reproduzido de Strub, RL e Black, FW: *The Mental Status Examination in Neurology*, 3rd Edition. Philadelphia, F.A. Davis, 1993. Com permissão.)

visual de curto prazo solicitando ao paciente que repita os desenhos (Figura 5.2) 5 a 10 minutos após a exposição. Teste a memória auditiva de curto prazo pedindo ao paciente para repetir quatro palavras — marrom, honestidade, tulipa, boca-aberta — e relembra-las após 10 minutos. A norma equivale a 3 ou 4 palavras para adultos normais antes dos 60 anos (Strub e Black, 1993). Pacientes com demência no estágio I do tipo Alzheimer lembram em média 1,9 palavras.

Você pode testar a memória auditiva complexa testando a lembrança de uma história. Existem muitas dessas histórias, mas nós gostamos da história do açougueiro (de fonte desconhecida). Instrua o paciente a prestar atenção à seguinte historinha, porque ele deverá repeti-la em detalhe e discuti-la depois. Então, leia lentamente para ele o seguinte:

1 2 3
No dia 18 de dezembro, / uma semana / antes do Natal /
4 5 6 7
Giovanni Scapini, / um açougueiro / de 51 anos, / casado, /
8 9 10
descendente de italianos, / de Colúmbia, / Missouri, /
11 12 13 14
estava cortando carne / nos fundos / da sua / loja. /
15 16 17 18
Enquanto trabalhava, ele / acidentalmente / cortou fora sua / mão /
19 20 21 22
esquerda. / Ele ficou tão furioso / que pegou / o cutelo /
23 24
e cortou fora / a mão direita também.

Pelo julgamento clínico, o paciente deveria recordar pelo menos 12 dos 24 elementos e compreender a natureza ilógica da história; compare a história das férias de Strub e Black (1993, p. 82), que contém 26 elementos. Na sua experiência, adultos abaixo dos 70 anos conseguem lembrar 10 elementos, entre os 71 e os 80 anos, 8,2 elementos e, entre 81 e 90 anos, 7,6 elementos.

Para testar a memória de *longo prazo* (lembrança após 30 minutos e até dias), peça ao paciente para reconstruir a entrevista com você ou solicite-lhe lembrar as quatro palavras ou a história do açougueiro depois de 30 minutos. Os pacientes que não conseguem se sair bem nos testes para memória de curto prazo costumam se sair mal também quando solicitados depois de um intervalo maior, como está demonstrado com pacientes alcoólicas que apresentam *blackout* (Goodwin e cols., 1970).

Os clínicos muitas vezes combinam memória de curto e de longo prazo no conceito de memória recente, e a distinguem da memória remota. A memória recente assegura o funcionamento e a aprendizagem no dia-a-dia. Teste-a, por exemplo, solicitando ao paciente que descreva seu último café da manhã, almoço e jantar, e verifique a exatidão da descrição com o pessoal da enfermagem. A Tabela 5.1 resume os testes de memória que foram descritos.

A memória *recente* depende do registro (no córtex), da consolidação (no hipocampo), da armazenagem (na convexidade do córtex do lobo temporal) e da recuperação (no hipocampo e nos núcleos dorsais mediais e pulvinares do tálamo). O envolvimento de outras estruturas em funções da memória é discutido na literatura, como o fórnix, a amígdala e os corpos mamilares, mas um modelo geralmente aceito da memória ainda não foi construído (Young e McGlone, 1992). O lobo temporal dominante regula a aprendizagem verbal, e o lobo temporal não-dominante, a aprendizagem visual.

Os sintomas dos distúrbios da memória recente são a amnésia anterógrada (incapacidade de aprender matérias novas) e a confabulação (disposição a preencher as lacunas com histórias inventadas).

Os seguintes transtornos interferem com a memória recente:

1. O transtorno de amnésia persistente induzida pelo álcool (síndrome de Korsakoff); o álcool esvazia o organismo de vitamina B1 (tiamina), o que lesa os corpos mamilares e os núcleos dorsais mediais do tálamo.
2. Traumatismo craniano com concussão interrompe temporariamente as funções hipocampais. O período de amnésia anterógrada (armazenagem perturbada)

Tabela 5.1 Dimensões da memória

Espaço de tempo	Imediata (segundos)	Recente (minutos-meses)	Remota (anos)
Processo de memória	Registro	Consolidação	Armazenagem
Localização	Centro da linguagem na central cortical	Hipocampo Pulvinar Núcleos mediais dorsais do tálamo	Córtex de associação
Testes	Repetir: 4 a 7 números na ordem direta 4 números na ordem inversa 4 objetos Figuras abstratas História	Testes de memória imediata Repetir após 10 minutos Descrever as últimas refeições	Fatos verificáveis sobre o passado
Tipos de amnésia	Desatenção Afásias centrais	Anterógrada: Aprendizagem de fatos novos prejudicada	Retrógrada
Transtornos:			
Fuga	Intacta	Intacta/prejudicada*	Intacta/prejudicada*
Amnésico	Intacta	Prejudicada	Intacta
Alzheimer inicial	Prejudicada	Prejudicada	Intacta
Alzheimer final	Prejudicada	Prejudicada	Prejudicada

*Depende de quanto tempo a fuga durou e de quando o paciente com fuga foi entrevistado.

bada) persiste, mas a amnésia retrógrada associada (recuperação perturbada) diminui com a recuperação.

3. A amnésia global transitória ocorre quando as artérias cerebrais posteriores obstruem o suprimento de sangue para o centro da memória nos lobos temporais mediais.

Ocorrem transtornos isolados nos quais a recuperação da memória está afetada, mas não o processo da sua armazenagem. A deterioração da sua recuperação pode ser testada examinando-se o reconhecimento. Se o paciente não consegue lembrar nenhuma das quatro palavras após 10 minutos, ofereça-lhe uma múltipla escolha que inclua uma das palavras em questão. Por exemplo, se ele esqueceu "tulipa", "boca-aberta" e "honestidade" e somente lembrou de "marrom", pergunte-lhe:

"Uma das palavras era relógio, pedra, tulipa ou lápis?"

Se consegue identificar "tulipa", ele é capaz de armazenar, mas não de recuperar. A recuperação está prejudicada no esquecimento normal e na amnésia retrógrada.

Teste a memória *remota* (relembrar depois de meses ou anos), pedindo ao paciente que fale sobre acontecimentos históricos, como a Segunda Guerra Mundial, ou a Guerra da Coreia ou do Vietnã, os seis últimos presidentes do país, ou acontecimentos pessoais verificáveis, como a data de nascimento, casamento ou liberação do serviço militar. A memória remota é regulada pelo córtex de associação apropriado, mas não pelo hipocampo, pelos corpos mamilares e os núcleos dorsais mediais do tálamo. Portanto, pacientes com transtorno amnésico persistente induzido por álcool (síndrome de Korsakoff) ou demência inicial do tipo de Alzheimer ainda têm memória remota intacta, enquanto na doença de Alzheimer ou de Pick avançadas e outras demências fronto-temporais a memória remota se torna prejudicada devido à atrofia cortical. Demências progressivas associadas a movimentos anormais, como doença de Parkinson, doença de Huntington e doença de Creutzfeldt-Jakob, podem interferir na memória remota em algum estágio.

Além dos transtornos cognitivos, outros transtornos psiquiátricos — como os transtornos de grave ansiedade, transtornos do humor com retardo psicomotor, agitação ou distratibilidade grave — podem interferir nas funções da memória, devido à falta de atenção.

Nos transtornos dissociativos, como a fuga dissociativa, a amnésia dissociativa ou o transtorno dissociativo de identidade, a amnésia retrógrada ocorre como resultado da supressão ou da repressão. Essa amnésia de recuperação não está associada à amnésia anterógrada (de armazenagem). Portanto, pode haver nova aprendizagem. Esses transtornos dissociativos podem ser reversíveis por meio da hipnose.

Os pacientes com a síndrome de Ganser (transtorno dissociativo sem outra especificação [SOE]), tal como são frequentemente vistos nas populações prisioneiras, também se queixam de problemas de memória. Eles dão respostas que consistentemente se aproximam das corretas:

M: Quantas pernas tem um cavalo?

P: Cinco.

M: Em que mês é o Natal?

P: Em janeiro.

4. ORIENTAÇÃO: CONFUSÃO

Peça ao paciente para declarar seu nome, hora do dia, dia da semana, data, ano, localização atual, endereço e número do telefone. A desorientação quanto ao tempo e ao espaço é um indicador menos grave de deterioração cognitiva do que a desorientação quanto à pessoa.

5. LINGUAGEM: AFASIA

Sempre que notar que o paciente está perplexo, tem dificuldade em se comunicar com você ou está indeciso nas suas ações com objetivo definido, como caminhar até a sua cadeira ou pendurar o casaco, examine a possibilidade de deficiências de compreensão e expressão da linguagem (afasia), de reconhecimento de sensações complexas (agnosia) e execução de atos de rotina (apraxia). A testagem evitará que você se equivoque, interpretando afasia como se fosse transtorno do pensamento esquizo-frenico, agnosia como retardo psicomotor e apraxia como catatonía. *Phases* significa fala, em grego. Afasia é a perda do poder de utilizar a fala.

Lateralidade

Antes de testar a possibilidade de afasia, deve-se determinar a lateralidade do paciente. A lateralidade e a dominância cerebral estão intimamente associadas.

1. Pergunte se o paciente é destro ou canhoto.
2. Examine com que mão ele escreve, segura a faca, atira uma bola ou mexe o café.

3. Pergunte se seus parentes em primeiro grau são destros ou canhotos (a lateralidade sofre influência hereditária).
4. Observe o paciente enquanto ele escreve. A pessoa naturalmente destra mantém a mão abaixo da linha, enquanto a que foi forçada a ser destra mantém a mão acima da linha de escrita.

Os destros têm o hemisfério esquerdo dominante, os canhotos às vezes têm o hemisfério direito dominante. A lateralidade nos pés coincide em 98% com a dominância hemisférica, enquanto a lateralidade nas mãos coincide em apenas 80 a 85%. (Nota: avalie a lateralidade antes de administrar a eletroconvulsoterapia unilateral [ECT], a qual deve ser dada ao hemisfério não-dominante).

Os pacientes afásicos acham difícil compreender a linguagem (afasia sensorial ou receptiva) ou se expressar verbalmente (afasia motora ou expressiva). As afásias também incluem ler e escrever. A incapacidade de ler, chamada alexia, representa uma afasia sensorial (receptiva). A incapacidade de escrever, conhecida como agrafia, representa uma afasia motora (expressiva).

A testagem das afásias sensoriais avalia se o paciente compreende o significado de palavras, expressões ou frases de complexidade crescente por meio da escuta ou da leitura (alexia).

A testagem das afásias expressivas examina se o paciente é capaz de repetir palavras, nomes de objetos ou frases de complexidade crescente. A testagem da agrafia investiga a capacidade do paciente de escrever letras, palavras e frases simples. Para detectar uma afasia, inicie com uma tarefa difícil; caso não detecte nenhum sinal de deficiência, siga adiante para o próximo teste. Se identificar problemas, tente tarefas mais simples para avaliar a gravidade do transtorno.

As afásias são, além disso, subdivididas em quatro tipos centrais e quatro tipos pericentrais. Além da afasia expressiva de Broca e da afasia receptiva de Wernicke, os tipos centrais incluem afasia de condução e afasia global. Os tipos pericentrais são sensorial transcortical, anômica, motora transcortical e afasia por isolamento.

Afásias centrais

1. Afasia expressiva de Broca ou afasia motora

É o resultado de uma lesão cerebral na área pré-frontal anterior da linguagem (área 44 de Brodmann) (Figura 5.3): o paciente usa os substantivos e os verbos sem a conexão gramatical correta. A fala é disártrica, laboriosa, não-fluente e denominada de linguagem em estilo telegráfico.

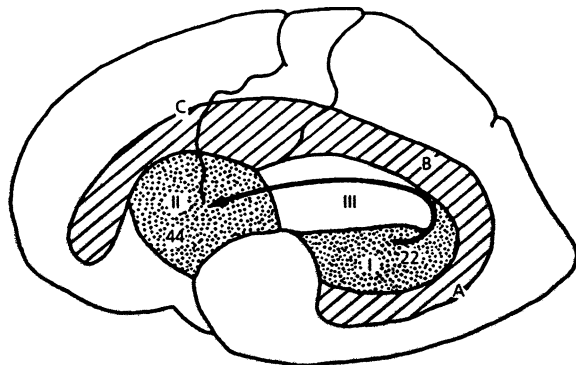


Figura 5.3 Localização da lesão cerebral em diferentes tipos de afasia no hemisfério dominante. Os números romanos se referem às lesões vistas nas afasias centrais: I = área 22 de Brodmann no lobo parietal e parte posterior do giro temporal superior — compreensão (afasia receptiva de Wernicke); II = área 44 de Brodmann do lobo pré-frontal e frontal do hemisfério dominante — fluência (afasia expressiva de Broca); III = fibras conectoras entre as áreas da linguagem de Wernicke e de Broca — repetição (afasia de condução). As letras se referem a lesões vistas nas afasias pericentraes: A = limite da zona posterior com a área 22 — compreensão (afasia sensorial transcortical); B = fibras de conexão do lobo occipital ao sistema límbico no segundo e terceiro giros temporais — nomeação (afasia anômica); C = zona do limite superior com a área 44 — fluência (afasia motora transcortical)

2. Afasia receptiva de Wernicke ou afasia sensorial

Resulta de lesões na área 22 de Brodmann (Figura 5.3) no lobo parietal e na porção posterior do giro temporal superior. O paciente tem dificuldade na compreensão auditiva das suas perguntas. Sua linguagem se caracteriza por uma fala fluente, sem esforço, bem articulada e com ausência de substantivos. Ele pode apresentar taquilalia. Como o paciente não tem *insight* de seu problema de linguagem, e às vezes não apresenta hemiparesia, perda sensorial ou uma alteração de consciência evidentes, seu distúrbio de linguagem pode ser mal-interpretado como linguagem psicótica (maníaca ou esquizofrênica).

3. Afasia de condução

Deve-se à lesão do fascículo arqueado, isto é, das fibras que conectam os centros receptivos e os centros expressivos da linguagem. A repetição de palavras e frases está gravemente perturbada. A fala do paciente é fluente, mas tem pausas, pois o processo de procurar as palavras está perturbado. As parafasias literais são comuns.

"Eu gosto de dirigir o meu farro."

4. Afasia global

O paciente não consegue nem expressar seus pensamentos nem compreender o discurso das outras pessoas. Emite apenas algumas sílabas. Esse transtorno grave da fala se observa em lesões extensas do hemisfério dominante, com dano tanto na área expressiva (Broca) quanto na área receptiva (Wernicke) da fala.

Afasias pericentraes

As afasias pericentraes se devem a lesões que circundam as áreas sensoriais e motoras centrais de Wernicke e de Broca.

1. Afasia sensorial transcortical

O paciente repete bem, sua fala espontânea é fluente, mas ele não compreende o que ouve ou repete. Sua fala é parafásica. O déficit é causado por uma lesão no limite da zona posterior (Figura 5.3, área A).

2. Afasia anômica

O paciente fala fluentemente, mas com pausas para encontrar as palavras. Pode repetir e compreender bem,

mas tem dificuldade para nomear os objetos. Não consegue nem nomear objetos que lhe são mostrados nem apontar para os que lhe são nomeados. Sua dificuldade em encontrar as palavras leva a parafasias (Figura 5.3, área B). As anomias mais graves se encontram nas lesões que envolvem o segundo e o terceiro giros temporais, que interrompem as vias do lobo occipital para o sistema límbico. Lesões superiores na área temporo-parietal estão associadas com alexia e agrafia substancial.

3. Afasia motora transcortical

O paciente pode repetir e compreender bem, mas não tem uma fala fluente (Figura 5.3, área C).

4. Afasia de isolamento

O paciente não consegue nomear, ou compreender, e sua fala não é fluente. Entretanto, é capaz de repetir e pode ter a tendência a repetir tudo o que se encontra no raio de sua audição, como um papagaio treinado. Essa anormalidade da fala é denominada de ecolalia. A lesão envolve toda a área pericentral (Figura 5.3, áreas A, B e C).

Testagem das afasias

Cada vez mais os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais diagnosticam afasias. É menos importante identificar o subtipo do que reconhecer sua origem neurológica. Entretanto, um subtipo específico pode confirmar o sítio neurológico de uma afasia. Ao encontrar um problema com a fala de seu paciente, siga uma sequência simples de testes para identificar o tipo de afasia. A Figura 5.2 fornece o perfil de desempenho para as afasias, e a Figura 5.4 mostra a árvore de decisão para a identificação de uma afasia. Se você suspeita de uma síndrome afásica, teste pelo menos a escrita, a repetição, a fluência e a compreensão.

1. Escrita

Todos os testes para afasia mostram algum grau de agrafia (dificuldades com a escrita); portanto, a capacidade para escrever deveria ser testada em primeiro lugar (Tabela 5.2). Para rastrear problemas de agrafia, forneça as seguintes instruções:

"Escreva, em uma frase, qual é o principal problema que o trouxe aqui."

Se o paciente não consegue resolver a tarefa, prossiga com a avaliação sistemática. A testagem da capacidade de escrever começa pelo ditado de letras e números. A seguir, deve-se pedir ao paciente que escreva as partes do

corpo ou o nome de objetos simples. Se ele se sair bem nessas tarefas, peça-lhe que escreva uma pequena frase que descreva sua família, o clima, ou um quadro na parede. Deve-se diagnosticar agrafia quando se encontram erros básicos de linguagem, de ortografia ou substituição de letras, sílabas ou palavras (paragrafias) que não se devam a déficits de instrução. Se o paciente passa no teste de escrita, provavelmente não tem afasia, e você pode interromper a testagem (ver a árvore de decisão, Figura 5.4). A agrafia pode ocorrer sem afasia, como nos casos de agrafia com alexia ou com síndrome de Gerstmann (ver Glossário). A agrafia não pode ser excluída solicitando-se simplesmente ao paciente que escreva seu nome, porque mesmo na presença de uma agrafia grave, a capacidade de escrever o próprio nome pode estar preservada.

2. Repetição

A repetição da linguagem falada só está perturbada nas afasias centrais, nas quais as áreas centrais da fala, que la-deiam a fissura de Sylvius, estão lesionadas. As afasias pericentraes são causadas por lesões que circundam as áreas centrais da linguagem, e por isso têm boa repetição. A repetição pode ser afetada pela função auditiva prejudicada, pela produção perturbada da fala ou pela desconexão entre as áreas da linguagem receptiva e expressiva.

Teste a repetição, pedindo ao paciente para repetir palavras e frases de complexidade crescente. Solicite ao paciente que repita depois de você. Esteja atento para os erros de gramática, as omissões, as adições, as parafasias e a incapacidade de repetir um determinado texto. Para propósitos de rastreamento, utilize a frase mais difícil (nº 10) em primeiro lugar. Se a repetição estiver obviamente perturbada, comece com os exercícios mais simples, de forma a estabelecer a linha de base para o grau do distúrbio.

1. Sair
2. Escola
3. Ipanema
4. Aprendizagem
5. Rio São Francisco
6. A mulher foi ao armazém.
7. Todos deixaram a casa no mesmo momento.
8. Vamos sair para levar o cachorro a passear no parque.
9. O policial alto e loiro regulava o trânsito no centro.
10. Cada aspecto do problema exige uma discussão mais detalhada.

3. Fluência

Observe a fluência na fala espontânea do paciente durante a entrevista. A fala não-fluente é esparsa, laboriosa,

Tabela 5.2 Perfil de desempenho dos diferentes tipos de afasia

Tipo de afasia	Escrita	Repetição	Fluência	Compreensão	Nomeação	Leitura em voz alta com compreensão	Lesão cerebral (Figura 5.3)
Central							
Receptiva	-	-	+	-	+-	-	I
Condução	-	-	+	+	+-	-+	III
Expressiva	-	-	-	+	+-	-+	II
Global	-	-	-	-	-	-	I + II + III
Pericentral							
Sensorial transcortical	-	+	+	-	-	-	A
Anômica	-	+	+	+	-	+-	B
Motora transcortical	-	+	-	+	-	-+	C
Isolamento	-	+	-	-	-	-+	A + B + C

Nota: ++ = intacto; +- = perturbado; - = perturbado às vezes; -- = perturbado frequentemente.

Fonte: Modificado a partir de Ross, ED: "Disorders of Higher Cortical Functions: Diagnosis and Treatment." *Science and the Practice of Clinical Medicine: Neurology*, Vol. 6. Editado por Rosenberg RN, Dietschy JM. New York, Grune & Stratton, 1980.

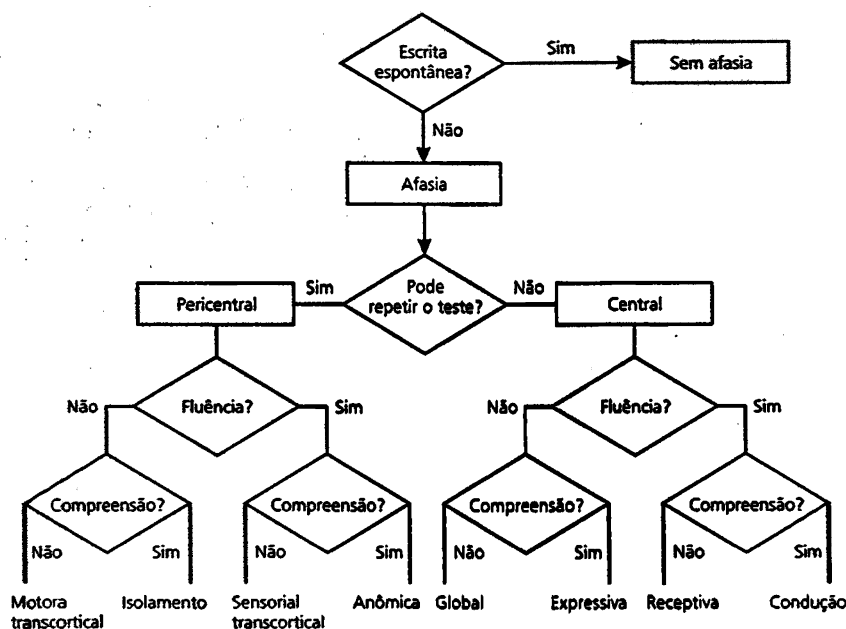


Figura 5.4 Árvore de decisão para oito diferentes tipos de afasia.

agramatical e repleta de pausas à procura de palavras, consistindo predominantemente de substantivos (estilo telegráfico). Os pacientes não-fluentes com afasia central sofrem de uma afasia expressiva ou global. Os indivíduos não-fluentes com afasia pericentral ou sofrem de afasia por isolamento (lesões em A, B ou C na Figura 5.3), ou de afasia motora transcortical (lesão em C na Figura 5.3). Os pacientes fluentes com afasia central sofrem de uma afasia receptiva (lesão na área I na Figura 5.3) ou de uma afasia de condução (lesão na área III da Figura 5.3). Aqueles com afasia pericentral têm ou afasia anômica (lesão na área B da Figura 5.3), ou afasia sensorial transcortical (lesão na área A da Figura 5.3) (Figura 5.4).

A fala fluente também pode ser bastante ininteligível (afasia por jargão) ou, por outro lado, vazia de conteúdo, plena de palavras anormais (parafasias) e neologismos (palavras ou expressões inventadas pelo próprio sujeito).

Existem dois tipos de neologismos: 1) o neologismo simbólico, utilizado repetidamente pelo paciente esquizofrênico, e 2) o neologismo parafásico, momentâneo, aleatório, não-simbólico e raramente repetido pelo paciente afásico com lesão no centro da fala. Os neologismos indicam quer uma criatividade patológica, quer uma incapacidade para encontrar a palavra correta. Um exemplo do primeiro caso é:

"Um compterum que me controla e me observa.",

e um exemplo do segundo:

"A unicidade é como luaretiva eu não timo."

Em formas mais leves, a linguagem afásica contém palavras anormais (parafasias) que afetam principalmente verbos e substantivos; está repleta de artigos, conjunções e interjeições. Frequentemente existe taquilalia, distinta da mania pelo fato de os pacientes maníacos não terem nem problemas parafásicos nem afásicos. A falta de fluência aponta no sentido de lesão cerebral pré-frontal, e fluência com parafasia no sentido de lesão na parte pós-central posterior superior do lobo temporal ou de lesão do giro parietal marginal.

4. Compreensão

Esta deve ser testada de um modo que não exija muita expressão, para que a afasia expressiva não seja confundida com uma incapacidade de compreensão. Peça ao paciente para apontar para o próprio olho, a perna e o nariz. Se ele acerta, solicite-lhe seqüências de tamanho crescente, como:

"Primeiro, aponte para o seu nariz, depois para seu olho direito, então para sua orelha esquerda e logo para seu joelho direito."

Os pacientes com uma compreensão normal costumam ser capazes de apontar para quatro objetos em seqüência. Um segundo método consiste em fazer seis perguntas ou mais, do tipo sim ou não:

"Segunda-feira vem antes de quarta-feira?"

"O ano tem 13 meses?"

"O inverno em Chicago é mais quente do que o verão?"

"Você colhe batatas em Iowa em dezembro?"

"A neve é água congelada?"

"As mulheres usam suportes atléticos?"

"A Terra gira em torno do Sol?"

Todas as questões devem ser respondidas corretamente. Se você testou a fluência e capacidade para repetir e compreender, você pode identificar qual dos oito subtipos de afasia está presente (Figura 5.4). Em outras palavras, as lesões centrais prejudicam a capacidade de repetir; as lesões anteriores, a capacidade de ser fluente; e as lesões posteriores, a capacidade de compreender.

5. Nomear e encontrar palavras

Solicite ao paciente que nomeie os objetos que você aponta. Faça isso aproximadamente 10 vezes. Use partes do corpo, partes de um relógio e partes de uma roupa. A capacidade de nomear costuma estar mais perturbada nas afasias pericentraes do que nas afasias centrais (Tabela 5.2). Assim, esse teste pode confirmar seu diagnóstico de uma afasia central ou pericentral, estabelecido por meio da testagem de repetição.

6. Leitura em voz alta e compreensão

Estas capacidades são testadas fazendo com que o paciente leia em voz alta o nome dos objetos e então solicitando a ele que os aponte. Uma tarefa mais difícil consiste em fazer com que ele leia frases em voz alta e então dirigir-lhe perguntas do tipo sim ou não sobre o conteúdo que acabou de ler.

"Duas senhoras jogavam bingo em um asilo."

"Os jogadores de bingo eram mulheres?"

"Havia mais de um jogador de bingo?"

"Eles jogavam bingo em uma igreja?"

Habitualmente, a leitura, a compreensão ou ambas estão perturbadas no paciente afásico.

Você pode encontrar afasias em seus pacientes geriátricos. Interprete a linguagem afásica como parte de uma síndrome neurológica, não como um transtorno do pensamento esquizofrênico. Um erro diagnóstico pode ser fatal. Se a afasia se deve a um tumor ou abscesso cerebral, pode ser necessária a intervenção cirúrgica, em vez de

um tratamento a longo prazo com neurolépticos. Você deve ser capaz de diferenciar a pseudodemência de um paciente deprimido sem afasia da demência verdadeira com afasia de um outro paciente — sendo a afasia um dos quatro distúrbios cognitivos presentes em todos os tipos de demência (os outros três são apraxia, agnosia e perturbações das funções executivas).

6. CONHECIMENTO: AGNOSIA

Os lobos parietais do córtex cerebral integram as entradas de informação sensorial; os danos a esses lobos causam déficits denominados *agnosias*. As agnosias são transtornos do “conhecimento”, a incapacidade de reconhecer formas e a natureza dos objetos ou sensações. Existem vários tipos de agnosias, tais como a incapacidade para identificar objetos pelo tato, para reconhecer letras traçadas sobre a pele, ou para reconhecer objetos e retratos de rostos (Tabela 5.3). As agnosias podem incluir a desorientação no espaço, a designação inadequada de partes do corpo, a desorientação direita-esquerda, bem como a desatenção sensorial, ou a negação de doenças ou deficiência.

Teste as agnosias pedindo ao paciente para identificar objetos (por exemplo, uma chave ou uma moeda colocada em sua mão), ou para identificar números traçados no dorso de seu antebraço. Avalie a identificação dos dedos e a orientação direita-esquerda simultaneamente, solicitando ao paciente, por exemplo, que levante o dedo anular da mão esquerda. Em resumo, agnosia é a incapacidade de conceituar as sensações complexas.

O DSM-IV-TR fornece os critérios de inclusão para os transtornos da linguagem expressiva e para os transtornos mistos de linguagem receptiva e expressiva no diagnóstico “Transtornos da comunicação” (American Psychiatric Association, 2000, p. 58-64).

7. DESEMPENHO: APRAXIA

As apraxias se referem à incapacidade de executar ações premeditadas e manipulações dos objetos com um objetivo determinado. As apraxias são causadas por dano ao giro pré-motor do córtex frontal ou ao lobo parietal direito. Existem vários tipos de apraxias, tais como incapacidade de realizar um movimento, de determinar qual deveria ser o movimento, de organizar a sequência lógica

Tabela 5.3 Agnosias e lesões neuroanatômicas associadas

Agnosia	Teste	Lesão	Síndrome associada
Direita-esquerda	Apontar a parte direita e esquerda do próprio corpo ou do corpo do examinador	Região parietotemporo-occipital dominante ou genética	
Dedo	Levantar, nomear e apontar dedos individuais	O mesmo que direita-esquerda	
Síndrome de Gerstmann	Identificação de dedos e de direita-esquerda, escrita e cálculo	Lobo parietal dominante	
Visual real	Nomear objetos apresentados ou descrever seu uso sem pegá-los	Córtex de associação visual bilateral, áreas 18 e 19	
Visual associativa	Nomear objetos depois de seleção e descrição de uso	Lobo occipital esquerdo e corpo caloso posterior	Alexia
Prosopagnosia	Reconhecer rostos familiares sem ouvir suas vozes	Occipitotemporal bilateral e temporo-occipital inferior direito	
Cor associativa	Nomear diferentes cores	Desconexão das áreas da linguagem e da visão	Alexia com agrafia
Cor real	Apontar diferentes cores	Temporo-occipital bilateral inferior	Prosopagnosia
Geográfica	Encontrar o caminho para ambientes familiares; encontrar cidades em um mapa	Hemisférios direito ou esquerdo generalizados	Agnosia direita-esquerda, descaso espacial

para atos como se vestir, ou construir formas simples e copiar desenhos (Tabela 5.4).

As apraxias são avaliadas fazendo-se com que o paciente realize alguns atos costumeiros (por exemplo, acender um fósforo), imitar uma ação imaginária (por exemplo, enfiar a linha em uma agulha), ou construir uma forma simples (por exemplo, construir um triângulo com três lápis).

8. REFLEXOS E MOVIMENTOS PATOLÓGICOS

Complemente a testagem das apraxias testando os reflexos do lobo frontal, que estão anormais quando as vias inibitórias no lobo frontal estão interrompidas.

Reflexo de Babinski: Arranhe a extensão da margem externa da sola do pé do paciente. Um movimento ascendente do dedo grande do pé é patológico.

Reflexo glabellar: Bata levemente na testa, acima do arco entre os olhos. Os olhos piscam após as primeiras

batidas; se não há extinção (persistência do reflexo glabellar), o teste é positivo, o que é um sinal extrapiramidal observado na doença de Parkinson e no parkinsonismo induzido por neurolépticos.

Reflexo de apreensão (forçada): O paciente apreende o dedo indicador do examinador quando a superfície palmar entre seu polegar e o indicador é alisada.

Reflexo palmomental: Quando a superfície interna da mão é firmemente arranhada, a partir da eminência tenar para a hipotenar, aparece um movimento para baixo do ângulo ipsilateral da boca.

Sinal dos pontos cardeais: O repuxamento para baixo do ângulo ipsilateral da boca é uma resposta positiva quando se arranha abaixo de um dos ângulos da boca do paciente.

Reflexo do muxoxo: Quando se bate de leve no lábio superior, os lábios se elevam como num muxoxo.

Tabela 5.4 Apraxias e lesões neuroanatômicas associadas

Apraxia	Teste	Lesão
I. Ideomotor		
Bucofacial	Soprar uma vela, protraír a língua, mandar um beijo	Qualquer lesão no seguinte circuito leva a apraxia: 1. compreensão verbal na área dominante de Wernicke a 2. memórias cinestésicas no giro supramarginal 3. transmissão à área pré-motora dominante para a ativação da memória motora para a 4. transmissão para os neurônios piramidais do feixe motor para a execução da ação
Membro	Abanar, assoar o nariz, espantar uma mosca, coçar o pescoço, estalar os dedos, tocar a campainha da porta, utilizar um pedal	Como acima, a apraxia do membro esquerdo isolado se deve à lesão do 5. feixe pré-motor dominante à área pré-motora não-dominante via corpo caloso anterior ou 6. dessa área pré-motora ao feixe motor
Todo o corpo	Andar de bicicleta, arremessar bola, fazer mesura	Sistema motor piramidal e extrapiramidal
II. Ideacional	Tarefas complexas, como pegar uma goma de mascar, abrir a embalagem, colocá-la na boca, amassar o invólucro e jogá-lo fora na lixeira; ou vestir-se da cabeça aos pés	Córtex bilateral disseminada, especialmente ambos os lobos parietais

Reflexo de sucção: Quando o lábio superior é acariciado levemente, aparece o movimento de sucção.

Funções motoras

O indivíduo desempenha movimentos anormais induzidos por solicitação, muitas vezes independentemente das consequências.

Obediência patológica: Solicite ao paciente para esticar a língua para fora. Ele obedecerá repetitivamente, mesmo se receber uma picada de alfinete a cada vez.

Flexibilidade cêrea: Está presente quando o paciente permanece na posição corporal em que você o colocar.

Ambitendência: Solicite ao paciente para sentar-se. Ele alterna movimentos opostos, como inclinar-se para baixo para se sentar mas, em vez disso, levanta-se e repete a sequência várias vezes, até que finalmente permanece em pé até o final da entrevista.

Cooperação (*Mitmachen*): Instrua o paciente para resistir a todos os movimentos. Apesar da instrução, ele poderá ser empurrado em todas as direções com o leve toque de um dedo. O comportamento oposto é observado na oposição (*Gegenhalten*).

Oposição (*Gegenhalten*): O paciente, mesmo recebendo a instrução sobre ter permissão de mover as pernas, resiste a esse movimento com uma força proporcional à força a ele aplicada.

Ecopraxia: O paciente imita as ações, como bater palmas ou estalar os dedos, ou copia ações completas suas ou de outras pessoas. A ecopraxia é vista em afasias motoras transcorticais e na catatonía, e é normal na primeira infância.

Apreensão forçada: O paciente dá um aperto de mão sempre que uma mão é oferecida, mesmo que tenha recebido instruções para não fazê-lo.

Reação magnética: Tocar a palma da mão do paciente e lentamente retirar seus dedos; o paciente segue os

dedos do examinador com sua mão. Tanto a apreensão forçada quanto a reação magnética podem ser vistas em algumas demências e na catatonía.

Negativismo: Uma acentuação da oposição na qual o paciente resiste a todos os movimentos de seus membros pelo examinador (movimento passivo) ou tenta fazer o oposto do que lhe é solicitado.

Perseveração: O paciente repete um movimento várias e várias vezes após uma solicitação como:

"Abra sua boca."

Na perseveração compulsiva, ele repete o movimento até que lhe seja solicitada uma nova tarefa. A maioria dos movimentos induzidos anormais são observados na esquizofrenia, tipo catatônico, em outros transtornos psicóticos e em algumas demências.

9. AMPLITUDE AFETIVA

Para diferenciar as situações em que o afeto está perturbado devido a lesões no córtex do hemisfério direito daquelas em que o distúrbio é devido às psicoses funcionais, Ross (1982) propôs um teste que mede a capacidade do paciente de reconhecer e imitar o afeto. Ele solicitava aos pacientes com lesões corticais direitas que dissessem, com tanta emoção quanto possível, como se fossem atores, frases carregadas de emoção. Dependendo da localização ou da lesão, esses pacientes não eram capazes de expressar os afetos ou reconhecê-los nos outros. Nós utilizamos esta abordagem com pacientes psiquiátricos, pedindo a eles que representassem alguns dos nove afetos transculturais básicos (Izard e cols., 1983; comparar também com Capítulo 4) usando as seguintes frases:

Afetos negativos:

Eu estou brabo. (raiva)
Eu estou com nojo. (repugnância)
Eu me sinto culpado. (vergonha)
Eu estou triste. (tristeza)
Eu estou assustado. (medo)

Afetos positivos:

Eu estou surpreso. (surpresa)
Eu me sinto seguro. (contentamento)
Eu estou feliz. (alegria)
Eu estou interessado. (interesse)

Para cada afeto, estabeleça um valor em uma escala de 0 a 4. Dê 1 ponto para cada um dos quatro elementos

seguintes de expressão afetiva: modulação do tom da voz, expressão facial, gestos, incluindo posição corporal e ritmo da fala. Solicite aos pacientes que fizerem uma pontuação de 0 ou 1 para um afeto em particular para imitá-lo. Leia cada sentença que tenha sido avaliada como 1 ou menos para o paciente e demonstre a mudança no tom de voz, na expressão facial, na linguagem corporal e no ritmo da fala; isto é, tente expressar a sentença de forma a que lhe coubesse a pontuação 4. Então faça com que o paciente repita o teste.

As diretrizes para a pontuação de cada um dos três elementos são as seguintes:

Tom de voz: O paciente muda o volume, o tom da voz e a melodia da sentença. Se positivo, dê um ponto.

Expressão facial: O paciente faz mudanças faciais em torno da boca, da testa e dos olhos. Se o faz, ele merece um ponto.

Gestos e posição corporal: O paciente muda a posição corporal, a atitude, a postura e os gestos. Se estes claramente expressam afeto, dê-lhe um ponto.

Ritmo da fala: O paciente muda a velocidade da fala, a duração das vogais e a ênfase nas sílabas. Mudanças perceptíveis são recompensadas com um ponto. Não há pontos extras para mudanças dramáticas ou acentuadas.

Este teste não está validado para diferentes populações de pacientes psiquiátricos ou neurológicos. Existem apenas algumas impressões clínicas coletadas. Pacientes com dano ao lobo frontal direito e possivelmente distúrbios no lobo límbico têm dificuldade para expressar seus sentimentos (Ross, 1982). Pacientes com conversão, transtorno de somatização e mania podem exceder uma pontuação de 30. Pontuações baixas ocorrem com frequência em pacientes com depressão maior grave, com características melancólicas.

Para os pacientes psiquiátricos, as declarações que refletem alguns de seus sentimentos genuínos parecem ser de maior valor diagnóstico. Por exemplo, os pacientes esquizofrênicos anedônicos com afeto embotado se tornam mais animados quando expressam conteúdos do pensamento relacionados aos seus delírios. Leonhard chamou esses pacientes de "parafrênicos sobrecarregados de afeto". Eles têm uma taxa de recuperação melhor do que os "esquizofrênicos sistemáticos" (Leonhard, 1979). Utilizamos algumas das perguntas desses testes com pacientes com transtorno depressivo maior. Esses pacientes podem expressar os afetos negativos da nossa escala, mas têm dificuldade com os afetos positivos. Para medir a sua capacidade para experimentar seu afeto ao longo de um período de tempo, use uma escala de avalia-

ção análoga: 0 para indicar que o paciente não sente esse afeto em absoluto e 10 para indicar que ele o experimenta intensa e frequentemente.

10. SUGESTIONABILIDADE: DISSOCIAÇÃO

Certos sintomas e sinais psiquiátricos parecem se dever à auto-sugestão, tais como a conversão e os sintomas dissociativos que podem ser produzidos e removidos sob hipnose. Portanto, a capacidade de ser hipnotizável ou altamente sugestionável pode ser uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento desses sintomas. A possibilidade de ser hipnotizado pode ter um componente genético, uma vez que o transtorno dissociativo de identidade tem frequência familiar.

A sugestionabilidade é a disposição do paciente 1) para imaginar um sentimento ou um quadro tal que:

"Deixe que sua cabeça penda para baixo, de modo que comece a pesar e a distender os músculos de seu pescoço",

e 2) para concordar voluntariamente com uma solicitação do tipo:

"Comece a respirar mais e mais lentamente."

Alta sugestionabilidade (auto-sugestão) pode estar associada a conversão, transtorno dissociativo ou de somatização em alguns desses pacientes. Mesmo sendo verdade, não seria a sugestionabilidade como tal, mas sim a auto-sugestão descontrolada e acrílica, necessária para explicar os sintomas nesses transtornos.

Testando a sugestionabilidade

1. Teste da inclinação: Solicite ao paciente que fique de pé, mantendo ambos os pés juntos, e que feche os olhos. Peça-lhe, então, que imagine que está de pé na extremidade de uma tábua de 20 m de comprimento, de frente para a outra extremidade. Que ele imagine que alguém lentamente levanta a outra extremidade à sua frente... que ele vai perdendo o equilíbrio... que começa a se inclinar mais e mais e está caindo para trás. Assegure ao paciente que você vai segurá-lo, se ele cair. Repita para ele:

"Se você puder realmente imaginar como a tábua está sendo lentamente levantada, você vai cair para trás. Imagine isso... imagine... agora você está caindo... caindo..."

O teste é positivo quando o paciente se inclina acentuadamente ou cai para trás.

2. Teste das pálpebras cansadas: Solicite ao paciente que, sem levantar a cabeça, olhe para o dedo indicador do examinador, que está levantado a uns 30 cm à frente e acima da sua testa. Então, peça-lhe que imagine que seus olhos estão cansados e que suas pálpebras se tornam pesadas... que elas vão se fechar lentamente enquanto ele olha para o seu dedo. O teste é positivo quando as pálpebras do paciente lentamente se fecham enquanto seus olhos ainda estão focados no seu dedo.

3. Teste dos dedos colados: Peça ao paciente para cruzar as mãos e apertar seus dedos com firmeza. Então peça para imaginar que os dedos estão colados. Que uma força vinda de cima e de baixo os pressiona uns contra os outros. Diga-lhe que ele não consegue separá-los, não importa o quanto tente. Solicite que tente, enquanto imagina essa força. O teste é positivo quando o paciente não consegue separar as mãos.

4. Teste do pêndulo: Um pequeno objeto (como um anel) é fixado a uma corrente como pêndulo. O paciente segura o pêndulo entre dois dedos de sua mão e seu braço, que não estão apoiados. Solicite que imagine que o pêndulo começa a balançar, primeiro num pequeno círculo e depois em um círculo cada vez maior. O teste é positivo quando o objeto começa a balançar em círculos.

Não coloque sua autoridade em questão sugerindo que o paciente terá uma certa sensação, ou que fará um certo movimento. Deixe sempre claro que a tarefa é dele:

"Se você quer imaginar que sente que seu braço está pesado, você começará a sentir o seu peso."

Dessa forma, a falha será dele, e não sua.

11. PENSAMENTO ABSTRATO: CONCRETUDE

O pensamento abstrato é regulado pela área da linguagem do hemisfério dominante. Para testar o pensamento abstrato, solicite ao paciente para escutar um provérbio. Pergunte então qual o seu significado. Por exemplo:

"Não chore sobre o leite derramado."

"É de pequeno que se torce o pepino."

Se o paciente responde que não nos devemos preocupar com os reveses passados, ou que melhor é disciplinar a criança para evitar problemas no adulto, ele é capaz de abstrair. Mas, se responde:

"Se você chora sobre o leite derramado, perde não somente o leite, mas também as lágrimas."

ou:

"O pepino vai se entortando desde que brota da terra."

ele apresenta um pensamento concreto.

Os pacientes com esquizofrenia, às vezes, dão interpretações estranhas para os provérbios:

"O leite é branco e as lágrimas são transparentes. Eles não se misturam."

A interpretação dos provérbios que não são conhecidos do paciente nem sempre pode testar a concretude.

Um outro inconveniente do teste dos provérbios é que o paciente que experimentou muitas avaliações psiquiátricas aprendeu a resposta correta. Além disso, a interpretação de provérbios não é padronizada e existem poucos dados normativos. Alguns investigadores relataram que somente 25% dos adultos sem lesão cerebral podem interpretar provérbios corretamente (MacKinnon e Yudofsky, 1986). Os provérbios dependem da cultura e têm, portanto, pouco valor diagnóstico (Taylor, 1993). O pensamento concreto parece ser uma função da baixa inteligência mais do que da esquizofrenia (Payne e Hewlett, 1960). Isso pode ser observado também na demência.

Teste de completar séries: Peça ao paciente para completar várias séries conceituais (por exemplo, 1, 3, 5, ou A, 2, B, 4, C,?).

Teste de semelhança: Solicite ao paciente que encontre as semelhanças:

"O que uma maçã e uma banana têm em comum?"

"Um automóvel e um submarino?"

"A paz e a justiça?"

Solução de problemas: Teste a capacidade para resolver problemas, solicitando ao paciente que realize cálculos ocultos, por exemplo:

"Se você tem um total de 27 garrafas de soda, com o dobro em um refrigerador do que em outro, quantas garrafas há em cada refrigerador?"

ou

"Se você consegue ir para o trabalho de bicicleta em 45 minutos, mas de automóvel vai três vezes mais rápido, quanto tempo você levaria para ir dirigindo um automóvel?"

12. INTELIGÊNCIA: DEMÊNCIA, RETARDO MENTAL

As funções da inteligência podem ser grosseiramente avaliadas com o Teste Rápido Aproximado de Inteligência* (RAIT; Wilson, 1967), que consiste de uma tarefa de multiplicação: 2x3; 2x6; 2x12; 2x24; 2x48, etc. O paciente não-retardado deve ser capaz de multiplicar 2x24. Pacientes que não conseguem multiplicar 2x24 têm uma probabilidade de 85% de ter uma pontuação de QI na Escala Wechsler para Inteligência em Adultos (WAIS) de menos de 84 (Wilson, 1987; Wechsler, 1981).

Um teste que avalia mais as capacidades verbais e de pensamento do que de cálculo é o Teste de Inteligência de Grace H. Kent (Tabela 5.5). Um procedimento rápido que lhe dará uma pontuação que reflete a inteligência do paciente é o uso combinado do Teste de Kent e do RAIT. Ambos são fáceis de lembrar.

Nós reorganizamos o Teste de Kent em quatro questões para a solução de problemas (1 a 4) e seis questões de conhecimento (5 a 10). Um paciente capaz de resolver os problemas corretamente tem uma inteligência pelo

menos mediana (Tabela 5.6). Nós damos a esse paciente crédito para as três primeiras questões de conhecimento, em razão de sua simplicidade. Portanto, tal paciente tem a pontuação de 26:

12 pontos de crédito para questões simples de conhecimento (5 a 7)

14 pontos de crédito para questões de solução de problemas (1 a 4).

A pessoa inteligente normal (Tabela 5.6) ou com uma inteligência superior também é capaz de responder corretamente às três últimas questões sobre conhecimento (8 a 10). Um paciente que não consegue responder corretamente às quatro questões sobre problemas deve então ser avaliado com as três perguntas simples de conhecimento. Se não consegue respondê-las, cai, sem sombra de dúvida, na faixa de deficiente e pode ser diagnosticado como mentalmente retardado se o registro de seu rendimento escolar também mostrar um baixo desempenho. Assim, você precisa de apenas quatro questões de resolução de problemas e uma tarefa de multiplicação (2 x 24) para excluir ou estabelecer a presença de inteligência subnormal (ver teste na Tabela 5.5).

Tabela 5.5 Teste de Kent

	Pontuação máxima
Solução de problemas	
1. "Se a bandeira flutua para o sul, de que direção vem o vento?" Resposta correta: Norte.	3
2. "A que hora do dia a sua sombra é menor?" Resposta correta: Ao meio-dia.	3
3. "Por que a lua parece maior do que as estrelas?" Respostas corretas: Mais baixa = 2 pontos. Objetos mais próximos parecem maiores = 4 pontos.	4
4. "Se a sua sombra aponta para o nordeste, onde está o sol?" Resposta correta: Sudoeste.	4
Conhecimento	
5. "De que são feitas as casas?" Um ponto para cada material, até quatro pontos.	4
6. "Diga o nome de algum peixe." Um ponto para cada peixe, até quatro pontos.	4
7. "Diga-me o nome de algumas grandes cidades." Estão excluídas as pequenas cidades natais. Um ponto para cada cidade, até quatro pontos.	4
8. "Para que se usa areia?" Um ponto para brincar, dois pontos para o uso em construção, quatro pontos para o vidro.	4
9. "Que metal é atraído por um magneto?" Dois pontos para o aço, quatro pontos para o ferro.	4
10. "Quantas listras tem a bandeira dos Estados Unidos?" Resposta correta: Treze.	2
Pontuação total	36

Fonte: Reimpressa com permissão. Copyright 1946, The Psychological Corp., San Antonio, TX.

*N. de T.: Rapid Approximate Intelligence Test.

Tabela 5.6 Avaliação rápida da inteligência

Inteligência	Pontuação de Kent	Pontuação de Wilson	QI aprox.
Deficiente	0-18	2x12	<70
Limitrofe	19-20	2x24	70-80
Normal limitado	21-23	2x48	80-90
Mediano	24-31	2x96	90-110
Normal inteligente	32-33	2x192	110-120
Superior	34-35	2x384	120-130
Muito superior	36	2x?	>130

Fonte: Wilson IC: "Wilson Rapid Approximate Intelligence Test." *American Journal of Psychiatry* 123: 1289 a 1290, 1967; Kent GH: *E-G-Y Scales*. Nova York, Williams & Wilkins, The Psychological Corporation, 1946.

A pontuação de ambos os tipos de questões pode ser somada e usada para se estimar a inteligência do paciente. A Tabela 5.6 fornece uma comparação entre os dois testes. Um teste mais refinado e controlado para a idade é o WAIS. Os testes de inteligência devem ser usados por um psicometrista ou um psicólogo qualificado.

No retardo mental, o grau de retardo pode ser determinado com testes de inteligência apropriados (American Psychiatric Association, 2000, p. 41-42). Esta testagem permite ao entrevistador determinar quatro graus de gravidade:

317	Retardo leve	QI de 50-55 a aproximadamente 70
318.0	Retardo moderado	QI de 35-40 a 50-55
318.1	Retardo grave	QI de 20-25 a 35-40
318.2	Retardo profundo	QI abaixo de 20-25

Ao diagnosticar retardo mental, observe outros transtornos mentais comumente associados, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos do humor, transtornos globais do desenvolvimento, transtorno dos movimentos estereotipados e transtornos mentais devidos a uma condição médica geral, tal como traumatismos cranianos. O fator etiológico específico da demência parece se combinar com transtornos psiquiátricos específicos:

- Síndrome de Lesch-Nyhan, com comportamento de automutilações
- Síndrome do X frágil, com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e fobia social
- Síndrome de Prader-Willi, com hiperfagia e compulsividade
- Síndrome de Williams, com transtornos de ansiedade e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Você pode encontrar uma revisão sucinta dos fatores predisponentes para o retardo mental no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, p. 45-46).

13. TESTAGEM SERIADA DE ESTADOS PSICOLÓGICOS SELETIVOS

O sistema multiaxial do DSM-IV-TR atribui ao Eixo V avaliar o funcionamento geral do indivíduo, estendendo-se este de 0 a 100. Além dessa avaliação geral, você pode desejar quantificar o estado de funcionamento do paciente por meio de uma escala de maneira mais focalizada, específica para cada transtorno. Tal pontuação pode servir de base para avaliações de *follow-up* e lhe permite documentar, por exemplo, a progressão de um processo de demência ou a eficácia de seu tratamento.

Muitas escalas são utilizadas pelos clínicos. A maioria delas é utilizada rotineiramente em estudos comparativos e de eficácia de drogas estabelecidas e em processo de investigação apresentados ao FDA (Food and Drug Administration). A medida de alguns estados selecionados é descrita a seguir (Riezen e Segal, 1988).

Transtornos de deterioração cognitiva

Nos pacientes geriátricos, procure em primeiro lugar por sinais de declínio das funções executivas (Royall e cols., 1992) como sinais de demência inicial envolvendo o lobo frontal. Em segundo lugar, avalie a possibilidade de demências com envolvimento subcortical. Em terceiro, avalie demências que afetam a memória e o estado de funcionamento cognitivo geral. Três procedimentos simples de consultório estão disponíveis para este fim:

1. Entrevista Executiva (EXIT)
2. Avaliação Qualitativa da Demência (QED)

3. Minixame do Estado Mental

A EXIT e a QED são reproduzidas no Apêndice, e o Minixame do Estado Mental é mostrado na Tabela 5.7.

O Minixame do Estado Mental está cada vez sendo mais utilizado para medir o estado cognitivo do funcionamento (Folstein e cols., 1975). É um procedimento simples e foi validado contra achados anatômicos que caracterizam demência do tipo Alzheimer (Tabela 5.7). Para o diagnóstico de demência, o Minixame do Estado Mental está reproduzido na Tabela 5.7.

A pontuação máxima no Minixame do Estado Mental é 30. A interpretação da pontuação do teste é dada a seguir. A confiabilidade na retestagem em 24 horas com o mesmo examinador e com um examinador diferente tem um coeficiente Pearson de 0,89 e 0,83, respectivamente, e, em 28 dias, um coeficiente de correlação produto-momento de 0,98. A pontuação de validade média em idosos normais é 27,6 (n=63); para indivíduos com

transtorno do humor não-complicado, tipo deprimido, 25,1 (n=30); para depressão com distúrbios de orientação e memória que ocorreram após o início da depressão, 19 (n=10); e para demência, 9,7 (n=29) (Folstein e cols., 1975).

As três escalas de demência (EXIT, QED e Minixame do Estado Mental) podem ser usadas para avaliar o declínio de múltiplas áreas do cérebro de forma sobreposta. Juntamente com o Teste de Inteligência de Kent e o Teste Rápido Aproximado de Inteligência, o profissional tem à disposição uma bateria de testes que permite medir o grau de declínio das funções cerebrais de seus pacientes.

Escala para fins gerais

Uma escala de avaliação para fins gerais que tem sido amplamente utilizada para medir o conteúdo e a organização do pensamento e os distúrbios do afeto é a Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS). Essa escala per-

Tabela 5.7 Minixame do Estado Mental

Pontuação máxima	Item	Pontuação obtida
(5)	1- Qual é o... (ano) (estação) (data) (dia) (mês)? Dar 1 ponto a cada resposta correta.	/
(5)	2- Onde estamos agora? (país) (estado) (cidade) (hospital) (andar) ou endereço? Dar 1 ponto a cada resposta correta.	/
(3)	3- Nomeie 3 objetos: mesa, pente, árvore. Um segundo para dizer cada um. Peça ao paciente: repeti-los depois de você tê-los dito. Dê 1 ponto a cada resposta correta na 1ª tentativa. Repita as 3 palavras, até que o paciente possa dizer as 3 palavras. Número de tentativas: _____	/
(5)	4- Solete "livro" de trás para diante. Dê 1 ponto a cada letra correta em "orvil"	/
(3)	5- Quais são as 3 palavras que eu lhe disse? Não dê pistas. Dê 1 ponto a cada palavra correta.	/
(2)	6- Mostre ao paciente um lápis e um relógio e peça-lhe para nomeá-los. Dê 1 ponto a cada palavra correta.	/
(1)	7- Por favor, diga o que eu digo: "Não, se, e, ou mas." Dê 1 ponto, se não houver erro.	/
(3)	8- Uma ordem em 3 estágios: "Por favor, escute. Pegue este papel (aponta) com a mão direita; dobre ao meio e coloque no chão." Não repita. Dê 1 ponto a cada ação correta.	/
(1)	9- Mostre ao paciente o cartão com a frase: <i>Feche seus olhos</i> . Peça ao paciente para lê-la e fazer o que está dito. Dê 1 ponto se o paciente fechar os olhos.	/
(1)	10- Diga: Por favor, escreva uma frase aqui (dê ao paciente um lápis e uma folha de papel). Qualquer frase serve. Dê 1 ponto, se ele escrever uma frase completa e com sentido.	/
(1)	11- Mostre ao paciente o cartão com uma figura. Peça-lhe para copiá-la. Dê 1 ponto, se o desenho se parecer com a figura. Ignore pequenas linhas trêmulas.	/
(30)	PONTUAÇÃO TOTAL	/

Fonte: Reimpressa por permissão de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician." *Journal of Psychiatric Research* 12:189 a 198, 1975. Com permissão de Pergamon Press, Oxford, UK.

mite a rápida obtenção de um perfil do estado das funções mentais, incluindo alucinações e delírios (Overall e Gorham, 1962).

Transtornos do humor

A gravidade dos transtornos do humor costuma ser mensurada pela bem-conhecida Escala de Avaliação Psiquiátrica para Depressão de Hamilton (HPRSD) (Hamilton, 1960), ou pela Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) (Snaith e cols., 1986) e pela Escala para Avaliação de Mania (MRS-11) (Young e cols., 1978).

Transtornos de ansiedade

A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMAS) mede o estado geral de ansiedade (Hamilton, 1959), a Escala de Sheehan (Sheehan, 1983) mede o pânico e a Escala de Yale-Brown para Obsessão e Compulsão (Y-BOCS) mede as obsessões e compulsões (Goodman e cols., 1989a, b) como diferentes componentes da ansiedade.

Uma ampla série de escalas de avaliação, específicas para cada tipo de transtorno, validadas e padronizadas, está à disposição e em número cada vez maior (Riezen e

Segal, 1988). Na nossa experiência, um pequeno conjunto de escalas repetidamente utilizadas é prático e mede suficientemente os estados basais e as suas mudanças.

Achados do estado mental como base para o diagnóstico: uma advertência

Nos Capítulos 4 e 5, descrevemos o exame do estado mental. Os transtornos clínicos têm seus estados mentais típicos. O comportamento do paciente tem um impacto diagnóstico imediato, ao ponto de alguns entrevistadores alegarem poder "arriscar" o diagnóstico nos primeiros 20 segundos. Entretanto, uma tal confiança no estado mental pode prenunciar o erro diagnóstico, já que aquele pode mudar dramaticamente dentro de 24 horas.

A avaliação do estado mental é apenas um dos três elementos essenciais do diagnóstico, sendo os outros dois a história psiquiátrica e a história familiar (ver Capítulo 6). A avaliação do estado mental complementa o aspecto longitudinal da psicopatologia do paciente com os dados de um corte transversal. Gauron e Dickinson (1966a, b) verificaram que os clínicos experientes "dependiam menos da presença... [e] prestavam mais atenção ao quadro clínico em relação à história passada...". Enforcaremos este ponto no próximo capítulo.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Capítulo 5: Testagem

Esta lista de verificação foi planejada para que você possa avaliar a si mesmo. Você preenche os padrões mínimos testando a orientação, a memória e as funções intelectuais. Conceda-se um B se embasou seu diagnóstico principal em um teste específico, tal como testar afasia, apraxia e/ou agnosia no paciente com demência, ou passibilidade de ser hipnotizado no paciente com transtorno dissociativo. Conceda-se um A se você usou mais do que dois testes específicos para o diagnóstico principal.

1. Selecionei os testes adequados para completar a minha avaliação diagnóstica.
2. O paciente tinha problemas de atenção e concentração.
Em caso afirmativo, avaliei a atenção e concentração por meio de:
intervalo interdígitos
série de 7s (3s) de trás para a frente
nomear os meses de trás para a frente
soletrar palavras de trás para a frente
3. O paciente mostrava sinais de perseveração. Em caso afirmativo, avaliei a perseveração por meio de:
copiar, modificando os padrões
repetir combinações de números e letras
bater em certas letras
4. O paciente tinha uma memória deteriorada. Em caso afirmativo, avaliei a memória imediata por meio de:
repetição de palavras
desenho de figuras
repetição de histórias
5. Avaliei a memória de curto prazo por meio de:
recordar quatro palavras após 10 minutos
6. Avaliei a memória de longo prazo por meio de:
recordar a descrição da última refeição, relatada no início da entrevista (verificada)
7. Avaliei a memória remota por meio de:
recordação de acontecimentos históricos,

datas pessoais verificáveis (data de nascimento, de casamento, etc.)

8. O paciente estava desorientado. Em caso afirmativo, a orientação foi avaliada perguntando-se pelo:
seu nome
lugar da entrevista
dia da semana
data
hora do dia
9. Avaliei a lateralidade em termos das mãos e dos pés:
perguntando por ela
perguntando com que mão o paciente escreve
segura a faca
joga uma bola
mexe o café
observando a posição de sua mão enquanto ele escreve
perguntando com que pé o paciente chuta uma bola
10. O paciente tinha um transtorno da fala. Em caso afirmativo, eu avaliei a afasia:
fazendo-o escrever sua queixa principal
fazendo-o repetir frases
fazendo-o executar ordens
observando sua fluência
11. O paciente tinha um dos seguintes transtornos da fala:
afasia central (incapacidade de repetir)
afasia expressiva (falta de fluência)
fala com neologismos
fala parafásica
12. Testei o paciente quanto a agnosias:
escrevendo letras sobre sua mão
fazendo-o identificar moedas apenas pelo tato
fazendo-o nomear seus dedos
fazendo-o apontar para as partes direitas e esquerdas de seu corpo
13. Testei o paciente quanto a apraxias, pedindo-lhe para:
desempenhar ações imaginárias, tais como:
soprar uma vela (bucfacial)
erguer um brinde de cerveja (membro superior)
balançar uma raquete de tênis (corpo inteiro)
ato completo de mascar uma goma de mascar (ideacional)
14. Testei os seguintes reflexos do lobo frontal:
Babinski
glabellar
preensão
palmomental
sinal dos pontos cardeais
muxoxo
sucção
15. Observei os seguintes movimentos anormais:
flexibilidade cérica
ecopraxia
perseveração
apreensão forçada
reação magnética
mitmachen
gegenhalten
negativismo
ambitendência
16. O paciente tinha um transtorno do afeto. Em caso afirmativo, testei-o por meio do teste dos nove afetos.
17. O paciente parecia ter sintomas conversivos/dissociativos. Testei a sua sugestibilidade por meio dos seguintes testes:
da inclinação
das pálpebras cansadas
dos dedos colados
do pêndulo
18. O paciente mostrava deterioração intelectual. Testei sua capacidade para pensar por meio de:
provérbios
testes de completar
similaridades
Teste de Kent
tabela de multiplicação 2x3; 2x6; 2x12; etc.
19. O paciente apresentava um estado emocional ou cognitivo anormal. Estabeleci uma linha de base por meio de uma escala padronizada:
Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS)
Escala de Avaliação Psiquiátrica para Depressão de Hamilton (HPRSD)
Escala de Avaliação para Mania (MRS-11)
Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)
Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMAS)
Escala para Pânico de Sheehan
Escala para Obsessão e Compulsão de Yale-Brown (Y-BOCS)
Entrevista Executiva (EXIT)
Avaliação Qualitativa da Demência (QED)
Miniexame do Estado Mental

CAPÍTULO SEIS

CINCO PASSOS PARA FAZER UM DIAGNÓSTICO

1. **Indícios diagnósticos**
Desconforto
Queixa principal
Sinais
Expandir *versus* focalizar
Diagnóstico diferencial
2. **Crítérios diagnósticos**
Transtornos clínicos (Eixo I)
Transtornos de personalidade (Eixo II)
Problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV)
Transtornos sem outra especificação (SOE)
Verificação de transtornos não-investigados
3. **História psiquiátrica**
Personalidade pré-mórbida
Curso dos transtornos clínicos
Curso dos transtornos de personalidade
História do tratamento
História social
História médica (Eixo III)
História familiar
4. **Diagnóstico**
Capacidades e pontos fortes
Formulação diagnóstica
Diagnósticos multiaxiais
Eixos I e II
Eixo III
Eixo IV
Eixo V
5. **Prognóstico**

RESUMO

O Capítulo 6 oferece cinco passos para se fazer um diagnóstico: 1) coleta de indícios diagnósticos, 2) verificação dos critérios diagnósticos, 3) avaliação da história psiquiátrica, 4) diagnóstico com avaliação multiaxial e 5) prognóstico.

▲▲▲▲▲

Porém, onde se achará a sabedoria?
E onde está o lugar da compreensão?

— Bíblia Sagrada, versão do Rei James
Jó 28:12

▼▼▼▼▼

INTRODUÇÃO

Não existe uma abordagem diagnóstica única que funcione perfeitamente com todos os entrevistadores ou para todos os pacientes. Pode até não haver um estilo que seja sempre benéfico ou prejudicial em todos os casos. Muitos estilos de entrevista o levam a um diagnóstico correto, mas todos eles envolvem reunir e analisar as informações.

A seguir, descrevemos o trabalho de dois residentes em psiquiatria, cujos estilos de entrevista refletem dois extremos de um *continuum* em termos de estilo.

Eis aqui o estilo altamente estruturado de Ken Steiff. Após uma única pergunta aberta no início da entrevista, o dr. Steiff apresenta ao paciente uma lista de sintomas psiquiátricos. Com esse propósito, havia preparado aproximadamente uma dúzia de folhas, cada uma com os sintomas de um dos transtornos psiquiátricos. Durante a entrevista, ele destacava os sintomas que o paciente referendava. Se os sintomas preenchiam os critérios diagnósticos para algum distúrbio, ele sussurrava para si mesmo:

"Uau!"

e

"É isso! Aí está o diagnóstico!"

Então ele disse ao seu paciente: "Veja, você tem transtorno de somatização; eis aqui a prova. Veja todos os sintomas que você tem."

Como os outros residentes, que fizeram seu treinamento junto com o dr. Steiff, responderam à sua abordagem de entrevista? Embora concordassem com as impressões diagnósticas, não acharam seu estilo de entrevista muito apropriado. Ele não utilizou questões abertas em número suficiente para ir se tornando gradualmente mais específico. Não estava centrado no paciente, isto é, avançando lenta e cautelosamente para introduzir técnicas mais diretivas. Em vez disso, comportou-se como um computador programado para a verificação de sintomas.

E como o paciente respondeu à abordagem do dr. Steiff?

"Ele realmente parece saber sobre o que está falando. Eu já estive com alguns terapeutas antes e só o que eles faziam era divagar e fazer rodeios. Não pareciam saber absolutamente o que estava acontecendo comigo. É diferente com o dr. Steiff. Ele realmente está no domínio da situação."

Este não foi o único paciente a apreciar o estilo de Ken. Ele desenvolveu um grupo de seguidores, como os outros residentes. Talvez tenha tido um grau de retorno inferior em relação a eles, mas os pacientes que voltavam o tinham em alta consideração.

Aqui temos a situação oposta, um estilo diagnóstico não-estruturado. A dra. Rosa Dahl deixava seus pacientes falarem sobre o que queriam; tolerava digressões, queixas, elogios, fofoca e conversas longas. Se um sintoma emergia, ela não insistia nele. Eram necessárias várias visitas para que ela formulasse uma impressão diagnóstica. Seus pacientes de longa data afirmavam que ela era uma das melhores psiquiatras que já haviam conhecido.

Se o paciente for considerado o juiz, teremos que concluir que, para cada estilo de entrevista, há pacientes para quem esse estilo haverá de funcionar. Em termos gerais, a resposta positiva se baseia em encontrar a combinação perfeita entre a personalidade do paciente e a do entrevistador.

Se utilizarmos achados de pesquisa, tanto o estilo de Ken como o de Rosa parecem encontrar justificativa. Gauron e Dickinson (1966a, b) relatam dois grandes eixos coordenados que podem-se sobrepor nas abordagens do diagnóstico. Um envolveria a dimensão estruturada versus não-estruturada. O outro diria respeito à dimensão lógico-indutiva versus a lógico-intuitiva.

Mendel (1964) dividiu os terapeutas em porcos-espinho e raposas. O porco-espinho é um resolvidor de problemas, com uma mente pragmática, que examina, analisa e depende da lógica (um amigo do DSM-IV-TR, poderíamos acrescentar), enquanto a raposa pensa de forma dispersa e difusa, esperando que a experiência tome forma em sua mente (uma crítica do DSM-IV-TR, supomos). É interessante que Gauron e Dickinson (1966a, b) verificaram que o entrevistador não utiliza a mesma abordagem

em todos os casos. Assim, o porco-espinho usa predominantemente o lado esquerdo, e a raposa o lado direito do cérebro.

A solução ideal: usar ambas as abordagens. Ouça o paciente, siga a direção do seu pensamento, veja aonde ele o conduz (método intuitivo), e então analise sua impressão global, trace suas origens e teste e verifique as observações (método do lado esquerdo). De modo oposto, em alguns pacientes comece sistematicamente pela queixa principal, inclua as opções diagnósticas prováveis e exclua as improváveis (método do lado direito) e então pergunte a si mesmo qual é sua impressão global a respeito do paciente, e como suas observações específicas nela se encaixam (o método do lado direito). Você deixou de ver a floresta em função de tantas árvores?

Assim como Ken e Rosa, os entrevistadores podem alcançar bons resultados, apesar de um estilo único de entrevista, se transmitirem uma genuína preocupação pelos seus pacientes. O que provocou a resposta por parte dos pacientes de Ken e de Rosa foi a genuína preocupação de seus entrevistadores para com eles. Parece claro que a comunicação desempenha um papel central na determinação da capacidade do entrevistador de coletar dados com significação diagnóstica.

Como determinar, então, que tipo de abordagem diagnóstica é a correta para o seu paciente? A melhor indicação é o retorno do próprio paciente. Se ele se abre, está interessado na entrevista, contribui voluntariamente, sorri, faz perguntas e oferece detalhes íntimos, considere a sua abordagem bem-sucedida, ao menos num primeiro momento. Se o paciente concorda com a sua sugestão de tratamento, retorna para as próximas consultas e progride na solução de seus problemas, seu comportamento confirma que as coisas funcionaram ao longo do tempo. Qualquer que seja o seu estilo pessoal, se você seguir os cinco passos, será capaz de estabelecer o diagnóstico rapidamente e de modo confiável.

1. Indícios diagnósticos

Tão logo o paciente entre em contato, não importa qual o ambiente, deve ser estabelecida a comunicação (ver Capítulo 2). Este primeiro passo lhe permite observar o paciente, procurando por indícios diagnósticos em seu comportamento. Também pode-se chegar a formar uma impressão quanto à sua motivação para consultar. Todas essas observações ocorrem antes que o terapeuta se aproxime da queixa principal.

Logo no primeiro contato, comece a reunir uma lista de todos os diagnósticos possíveis. A partir das suas

observações e dos sintomas ou comportamentos perturbados do paciente, especule sobre quais os principais transtornos psiquiátricos ou de personalidade seriam compatíveis com esses indícios. Assim, você gera uma lista — que nós denominamos a *lista nº 1 de transtornos psiquiátricos incluídos*.

Durante o mesmo processo de rastreamento, você também faz observações e obtém indícios que excluem outros transtornos psiquiátricos. Nós denominamos esta de *lista nº 2 de transtornos excluídos*.

Além das listas nº 1 e 2, ainda restam os transtornos não-questionados. Denominamos essa de *lista nº 3 de transtornos não-investigados*.

Você pode conceber o processo diagnóstico como está descrito a seguir: a partir de uma longa lista nº 3, que consiste de transtornos não-investigados, você deriva uma lista nº 1 de transtornos incluídos e uma lista nº 2 de transtornos excluídos. O que sobra é uma minguada lista nº 3 de transtornos não-investigados.

Ao iniciar, proceda ao rastreamento do relato do paciente, de sua queixa principal e de seus sinais de comportamento em termos das principais áreas diagnósticas dos transtornos psiquiátricos: sintomas psicóticos, transtornos do humor, deterioração cognitiva, ansiedade irracional (comportamento de evitação e excitação aumentada) e queixas físicas. Acrescente ao catálogo os problemas psicossociais e ambientais e os padrões de má adaptação que se estendem pela vida inteira. Organize essas informações na sua lista nº 1, incluindo uma ampla variedade dos principais transtornos psiquiátricos e de personalidade ou problemas psicossociais e ambientais. Nessa etapa, utilize questões superinclusivas, perguntas que tenham alta sensibilidade mas baixa especificidade para os transtornos psiquiátricos. A lista nº 1 tem todas as opções para o diagnóstico diferencial: ela cresce durante a primeira parte da entrevista, enquanto a lista nº 3, dos transtornos e dos problemas não-investigados, diminui.

2. Critérios diagnósticos

Após o paciente ter revelado o seu problema, examine detalhadamente a lista nº 1. Determine a duração dos sintomas ou das síndromes psiquiátricas essenciais. Avalie sua gravidade em termos de seu impacto sobre a vida do paciente. Se encontrar mais de uma síndrome, examine criticamente a relação temporal e causal de uma em relação à outra (ver adiante). Verifique se os sintomas relatados e sinais observados satisfazem os critérios para um ou mais transtornos. Em outras palavras: teste suas hipóteses diagnósticas!

O DSM-IV-TR enfatiza, na introdução (American Psychiatric Association, 2000, p. xxiii), que os critérios

diagnósticos não devem ser aplicados mecanicamente ou como se fossem um livro de receitas, mas sim empregados com base no seu julgamento clínico. Por exemplo, se a apresentação clínica não chega a preencher todos os critérios para um diagnóstico, o exercício do seu julgamento clínico ainda pode justificar o diagnóstico, desde que os sintomas relatados sejam persistentes e graves. Portanto, os critérios do DSM-IV-TR têm por objetivo "servirem como diretrizes a serem complementadas pelo julgamento clínico" (p. xxii).

Continue a examinar cada um dos principais transtornos de personalidade e problemas psicossociais e ambientais de sua lista. Durante essa segunda etapa, use questões de alta especificidade diagnóstica, construídas de modo a identificar todos os sinais e sintomas essenciais de um transtorno. A lista dos transtornos excluídos (nº 2) cresce durante esse processo às expensas da lista nº 1, pois agora você exclui, por meio de um exame detalhado, transtornos que havia previamente incluído. Vá além da queixa principal do paciente; agora não pergunte o que ele quer dizer, mas o que você quer saber. Assim, transforme a lista nº 3 em lista nº 1 ou nº 2. Ao final da entrevista diagnóstica bem-sucedida, a lista nº 3 deveria ser completamente eliminada.

3. História psiquiátrica

Se os sintomas, sinais e problemas passam no teste dos critérios para o diagnóstico de um transtorno, busque mais indícios por meio da história pré-mórbida, do curso do transtorno e da história familiar. Exclua as condições médicas gerais como causa dos sintomas. Se os problemas não preenchem os critérios para o diagnóstico de um transtorno, elimine-o da lista nº 1 e acrescente-o à lista nº 2, a lista dos transtornos excluídos. Assim, diminui ainda mais a lista nº 1 em favor da lista nº 2. Avalie o impacto do transtorno na vida do paciente e obtenha uma medida do nível de sua gravidade.

4. Diagnóstico

Organize suas impressões diagnósticas dentro dos diagnósticos do DSM-IV-TR registrados nos cinco eixos. Desenvolva suas impressões diagnósticas ao longo de uma árvore de decisão para determinar os diagnósticos atuais, principal e passado, nos eixos I e II. Completamente esta avaliação codificando as doenças médicas, os problemas psicossociais e ambientais e um exame do funcionamento global nos eixos III a V, respectivamente.

Resuma os fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o diagnóstico do paciente. A dita formulação diagnóstica enfatiza os fatores desencadeantes e etiológicos dos transtornos do paciente.

5. Prognóstico

Complete sua avaliação multiaxial com um prognóstico explícito. Inclua os transtornos clínicos e/ou de personalidade do paciente. Preste atenção em como ele lida com o contrato de tratamento e como responde a ele (ver Capítulo 7). Isso revela sua atitude em relação ao transtorno e sua disposição em aderir ao tratamento. Por questões de ordem prática, o grau de aderência ao tratamento pode-se sobrepor aos outros fatores na determinação do prognóstico.

Esses cinco passos não são rígidos — não são sequer necessariamente consecutivos, com exceção do passo nº 1. São passos lógicos, isto é, em algum momento da entrevista, devem ser trazidas à tona todas as patologias, em algum momento você tem que determinar a duração, a gravidade e as relações entre elas, em algum momento é preciso tomar a história e, finalmente, tem que juntar tudo isso em uma lista de impressões diagnósticas. A ordem em que você o faz é frequentemente determinada por aquilo sobre o que o paciente quer falar. Desde que suas elaborações contribuam para qualquer um desses passos diagnósticos, podem ser seguidas as deixas dele — uma entrevista salteada pode, ainda assim, produzir uma lista completa de impressões diagnósticas.

Além de uma abordagem passo a passo, os clínicos observam que "às vezes, o diagnóstico brota na consciência antes que possamos nos dar conta da razão por que isso acontece" (Sandifer, 1972). Será o brilho intuitivo? Ou é simplesmente a capacidade do entrevistador de rapidamente acelerar os passos por meio do processo diagnóstico? Podem ser ambos. Para entender a natureza e a importância do diagnóstico, é útil seguir os passos envolvidos na determinação do transtorno principal, tanto para chegar ao diagnóstico acertado quanto para desenvolver um plano organizado de tratamento. Eis aqui como aplicar os cinco passos.

1. INDÍCIOS DIAGNÓSTICOS

Os pacientes consultam por várias razões. Alguns vêm por razões administrativas, talvez necessitando um atestado para voltar ao trabalho. Outros são encaminhados pelo juiz. Alguns precisam de uma avaliação exigida por terceiros, e outros vêm em busca de uma segunda opinião ou de um conselho. Mas a maioria vem por saber que necessita de ajuda e está desesperada por uma intervenção. Seu objetivo inicial como entrevistador é ajudá-lo a expressar esse problema.

Como proceder da melhor forma? É arriscado ser demasiadamente direto. O paciente pode ficar paralisado. Se você andar muito lentamente, ele pode sentir-se

frustrado; portanto, opte por um meio-termo; dê ao seu paciente espaço e tempo para que seja estabelecida a comunicação, até que ele confie em você e comece a falar por iniciativa própria a respeito de si mesmo e de seus problemas (ver Capítulo 2).

Mesmo com uma boa comunicação já estabelecida, alguns indivíduos ainda continuarão a conversar sobre assuntos gerais; você pode optar por conversar até que o paciente expresse alguma mudança ou alguma insatisfação com a sua vida, e então resumir suas insatisfações para ele.

Outros podem esperar que você lhes pergunte diretamente pela queixa principal.

"O senhor deveria saber o que há de errado comigo. Não é para isso que eu lhe pago?"

Por fim, existe um grupo de pacientes que mostra abertamente durante a entrevista um comportamento perturbado, o que você pode tomar como um convite para examinar esses sinais mais de perto.

De acordo com isso, podem ser encontradas três expressões de um problema: 1) desconforto, 2) queixa principal e 3) sinais.

Desconforto

Um paciente pode parecer tenso e desconfortável. Pode recusar-se absolutamente a falar ou pode começar a falar sobre outras pessoas, sobre membros da família com problemas psiquiátricos, ou sobre filmes em que aparecem psiquiatras. Pode oferecer suas opiniões a respeito dos cuidados de saúde, de política, de arte ou qualquer assunto não-relacionado ao seu problema. Ou pode falar sobre mudanças em sua vida, expressar seus sentimentos de que "as coisas não estão bem", mas sem conseguir descrever com clareza o que está ocorrendo. Pode só lentamente vir a se dar conta de que seu sono, seu apetite e seu desejo sexual mudaram, de que evita as pessoas ou de que sua mente está menos aguda do que há um ano.

Você pode optar entre manter uma abordagem indireta, por meio da conversação, ou sondar mais, perguntando-lhe por sua queixa principal, confrontando-o com seus comportamentos ou refletindo sobre suas declarações. A medida que fala com ele, você pode, já de início, ter uma idéia de como está seu nível de funcionamento atual, antes de descobrir se tem problemas recentes ou de uma vida inteira, podendo ser incapaz de descrever adequadamente essas mudanças.

Com um paciente assim, é seu objetivo chegar a formular por ele — implícita ou explicitamente — a queixa principal. Se encontrar alguém que não é claro a respeito de suas queixas, seja cauteloso para não aumentar a sua ansiedade.

Queixa principal

A maioria dos pacientes ambulatoriais, especialmente aqueles que buscam tratamento em um consultório ou clínica privada, são cooperativos. Podem dizer espontaneamente ou esperar que você lhes pergunte por que vieram consultar com você. Use frases tais como:

"Que tipo de problema o trouxe aqui?"

"Como posso ajudá-lo?"

"Diga-me o que o está perturbando."

Dê-lhes uma chance de expressar seus problemas em suas próprias palavras. A maioria dos pacientes fornece a queixa principal, que envolve um ou mais dos seguintes problemas:

Sintomas

Eles são ou essenciais (também conhecidos como nucleares), ou sintomas associados de transtornos clínicos, tais como:

"Não consigo mais comer fora. A última vez que fui a um restaurante, pensei que tinha tido um ataque do coração. No serviço de emergência, eles viram que não havia nada de errado com o meu coração."

Padrões de comportamento mal adaptativo

Refletem um padrão de comportamento mal adaptativo de uma vida inteira e problemas no relacionamento com os outros, como mostra o caso a seguir. Eis Roberto, um mecânico de automóveis, branco, de 34 anos:

"Sempre crio uma confusão quando parece que me estabeleci. Sou tão impulsivo! Fico tão irritado que destruo o que tinha conquistado. Aconteceu de novo nas últimas semanas."

Estressores

Os estressores geralmente são os acontecimentos externos que desencadearam ou causaram o mal-estar atual da pessoa. Tal como mostra o exemplo abaixo, Paulo identifica uma crise nos negócios como o fator precipitante:

"Sou um fazendeiro. Os negócios vão mal. Estou endividado e tenho que trabalhar em dois empregos para me manter. Agora, tive um ataque cardíaco e me preocupo. Meu médico me disse que não posso mais trabalhar na fazenda. Não consigo dormir, pois não sei o que fazer."

Os estressores podem ser acontecimentos isolados, múltiplos, recorrentes, contínuos ou específicos do de-

envolvimento, como sair de casa, se casar ou ter um filho, enviar ou enfrentar a morte.

Conflitos interpessoais

Conflitos com o cônjuge, com os membros da família, o chefe, colegas ou vizinhos podem ser os principais fatores identificados pelo paciente como a fonte de seus problemas.

"Jorge, meu marido, não sabe o que é ser íntimo."

A paciente se queixou:

"Ele não é capaz de me dar o que eu preciso, e eu provavelmente não sou capaz de dar a ele o que ele necessita. Nós não fazemos sexo há pelo menos 3 meses. Se fazemos, tenho que começar. Mas não quero dizer que ele não seja sexual, você me entende? Nós só não temos intimidade um com o outro. Agora, tenho uma outra pessoa. Eu o vejo toda semana, ou a cada duas semanas, mas me sinto culpada, porque ainda me sinto ligada ao Jorge, mas não consigo deixar de vê-lo."

Sinais

Um paciente pode mostrar perturbações de comportamento nos minutos iniciais da entrevista que apontem para um problema psiquiátrico. Tais perturbações podem representar sinais e indícios de um transtorno, visíveis em seu estado mental. Você pode optar por começar o processo de decisão diagnóstica nesse momento, confrontando o paciente com o mesmo, em vez de deixar para investigá-lo mais tarde:

- P: (fala numa voz muito baixa quando se encontra com o entrevistador pela primeira vez, numa clínica ambulatorial)
- M: Você fala tão baixo! Existe uma razão especial para isso?
- P: Sim, tenho medo de que alguém na sala de espera esteja ouvindo do lado de fora.

Registre a desconfiança como um delírio característico de todos os transtornos psicóticos, especialmente da esquizofrenia tipo paranóide e dos transtornos delirantes, mas também do transtorno psicótico devido a demências, transtornos psicóticos induzidos por substâncias ou transtorno depressivo maior com características psicóticas. No transtorno da personalidade paranóide, a suspeita não alcança o nível de delírio.

- P: (insiste em ter sua esposa presente durante a entrevista)
- M: Você insistiu para que sua esposa estivesse aqui conosco. Pode me dizer como ela pode nos ajudar na entrevista?

P: Sim, ela pode explicar tudo melhor. Tenho dificuldade para me concentrar. Foi por isso que eu a trouxe comigo de X até aqui (uma cidade a 370 km de distância).

Registre o comportamento dependente, como o que se observa na demência, no transtorno depressivo maior e no transtorno de personalidade esquiiva ou dependente.

- P: (tem anéis em todos os dedos)
- M: Você está usando belos anéis em todos os seus dedos.
- P: Você esqueceu os meus polegares... Eu coloco todos quando estou me sentindo mal mas tenho que ir a algum lugar.

Registre o comportamento extravagante, como o que se observa no transtorno bipolar ou no transtorno de personalidade histriônica e também na intoxicação.

Esses exemplos são característicos de um grupo de transtornos psiquiátricos. Aborde os sinais observados se você percebe que eles o conduzem aos principais problemas do paciente. Se o paciente se negar a falar, você terá que encontrar uma forma de confrontá-lo com os sinais que observou. Na maioria dos casos, esse questionamento adicional resulta em cooperação. Se o paciente resiste consistentemente aos seus esforços para extrair as informações, consulte *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR, Volume 2: The Difficult Patient* (Othmer & Othmer, 2002).

Expandir versus focalizar

Depois de ter alguma idéia do(s) principal(is) problema(s) de seu paciente, você pode seguir dois caminhos distintos: expandir e tentar descobrir mais áreas problemáticas, ou focalizar o que você já identificou. Seguir rastreando novas áreas de problemas é útil, podendo lançar mais luz sobre as áreas anteriores. Concentrar-se na área já avaliada poderá significar malhar o ferro enquanto ainda está quente. Ambos são apropriados em situações diferentes. Deixe que o paciente o guie.

Expandir

Se você quer procurar mais problemas, sirva-se de questões do tipo:

- "Existem outros problemas?"
- "Este é seu principal e único problema?"

Investigue as 13 áreas diagnósticas que freqüentemente se tornam ponto de origem para uma árvore de decisão descritiva (comparar também com a Tabela 6.1):

1. deterioração cognitiva
2. padrão de uso de substância
3. sintomas psicóticos
4. transtornos do humor
5. ansiedade irracional, evitação, excitação aumentada
6. queixas físicas ou ansiedade a respeito de doenças
7. comportamento factício
8. problemas dissociativos
9. problemas sexuais
10. transtornos da alimentação
11. problemas com o sono
12. problemas com o controle dos impulsos
13. problemas de adaptação

Além disso, procure problemas psicossociais e ambientais, problemas de adaptação ao longo da vida e períodos de funcionamento prejudicado.

As questões amplas, abertas, são úteis aqui. Questões de alta sensibilidade ajudam a focalizar experiências in-comuns, como percepção extra-sensorial (psicose) ou sentimento de estar numa montanha-russa emocional (oscilações de humor). A especificidade diagnóstica das perguntas abertas é, por definição, baixa.

Focalizar

Se você decidir focalizar um problema, peça ao paciente, por meio de questões abertas, que contribua com mais detalhes. Utilize técnicas como esclarecimento e continuação para conduzi-lo de volta ao problema quando ele entrar numa digressão. Encoraje-o a aprofundar três áreas:

Gravidade: Os seus problemas interferem objetivamente em sua vida e limitam sua efetividade social e/ou levam a sofrimento (subjetivo)?

Curso: Há quanto tempo ele tem problemas? O início foi insidioso ou súbito? O transtorno piorou ou melhorou com o tempo? Havia qualquer padrão particular?

Estressor: O paciente acredita que algum acontecimento externo desencadeou os seus problemas? Houve algum abuso físico, abuso sexual ou trauma catastrófico que tenha contribuído para o desenvolvimento do transtorno psiquiátrico?

Depois de haver coletado as informações sobre essas três áreas, decida se elas apontam para um transtorno clínico, um transtorno de personalidade ou um problema psicossocial ou ambiental.

Os transtornos clínicos, assim como as doenças físicas, caracterizam-se por uma síndrome de sintomas e sinais, ou um padrão, ou, em alguns casos, um sintoma

único, como um delírio crônico, que segue um curso previsível e freqüentemente é familiar. Certos estressores específicos podem estar associados ao desenvolvimento de um transtorno dissociativo, conversivo, de um transtorno de estresse pós-traumático ou de adaptação. Contrastando com isso, os transtornos de personalidade são padrões crônicos, de uma vida inteira de comportamento mal adaptativo, freqüentemente sem um início definido.

Os problemas psicossociais e ambientais podem ser o resultado de transtornos psiquiátricos, mas podem também ocorrer em resposta a um casamento complicado, a um divórcio, ao trabalho, a problemas legais ou outras situações estressantes.

Diagnóstico diferencial

O que fazer depois de haver determinado o problema principal do paciente? Você pode se encontrar em uma de duas situações extremas: com informações demasiadamente escassas (situação 1), ou com informação enganosa (situação 2). Eis aqui os relatos de dois candidatos que participaram do National Boards of Psychiatry and Neurology. As suas experiências ilustram essas situações.

Situação 1

Após seus exames orais em psiquiatria e neurologia, o dr. Tim R. queixou-se de que devia ter ido mal nas provas, pois seu paciente não falara muito. Ele não forneceu a queixa principal, respondeu às perguntas apenas com sim ou não e usou frases do tipo:

- "Eles me disseram para aparecer hoje aqui."
- "Acho que isso está no meu prontuário."
- "Não sei."
- "Esqueci."
- "Não consigo me lembrar."

Quando inquirido sobre o diagnóstico diferencial do paciente, o candidato respondeu com irritação:

"E como eu poderia fazer um diagnóstico diferencial? Eu não poderia dizer se esse sujeito tinha retardo mental, doença de Alzheimer ou estava gravemente deprimido. Não consegui descobrir nada."

"Então seu paciente poderia ter qualquer um dos transtornos psiquiátricos listados no DSM-IV-TR?" foi o que lhe perguntaram.

"Claro", disse o candidato, "qualquer um ou nenhum."

"NENHUM? Você teria que prová-lo. Mas QUALQUER UM? Se você pelo menos tivesse uma lista de

Tabela 6.1 Sintomas essenciais dos transtornos clínicos (Eixo I)

Transtorno	Sintomas essenciais
Transtornos cognitivos	
Delíria	Consciência perturbada, desatenção, perseveração, estado de alerta diminuído, deterioração da memória, desorientação, distúrbio passageiro de percepção, hiperatividade ou letargia (ou alternância entre os dois)
Demências	Deterioração da memória, perturbações cognitivas, como afasia, apraxia, agnosia e deterioração das funções executivas e sociais
Transtornos amnésicos	Deterioração da memória e da capacidade de aprender, com efeito significativo no funcionamento social e ocupacional (transitório ou crônico)
Transtornos relacionados ao uso de substâncias	
Dependência	Presença ou história de tolerância, sintomas de abstinência específicos a cada substância, consumo em quantidades maiores do que as pretendidas, esforços malsucedidos para diminuir o uso, uso persistente apesar da perda de tempo e consequências sociais, ocupacionais, psicológicas e físicas negativas
Abuso	Uso mal adaptativo recorrente e persistente ao longo de um período de 12 meses, levando a fracassos no trabalho, escola ou lar e a situações fisicamente arriscadas, problemas legais e consequências sociais e interpessoais negativas
Intoxicação	Síndrome específica a cada substância, reversível, devida à ingestão recente, com problemas de adaptação comportamental ou psicológica.
Abstinência	Reação específica a cada substância à cessação do uso intenso e prolongado, causando deterioração significativa em áreas importantes do funcionamento
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	
Esquizofrenia	Alucinações, delírios, fala desorganizada, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos por, pelo menos, um mês e disfunção social e ocupacional de seis meses de duração
Tipo paranóide	Delírios ou alucinações auditivas frequentes
Tipo desorganizado	Fala e/ou comportamento desorganizados, com afeto inadequado, sem catatonia
Tipo catatônico	Imobilidade ou atividade motora excessiva, mutismo, postura patológica, movimentos estereotipados, ecolalia ou ecopraxia
Tipo residual	Pelo menos dois sintomas negativos ou experiências alucinatórias ou delirantes atenuadas
Transtorno esquizofreniforme	Episódio psicótico que dura, ao menos, um mês, mas menos do que seis meses
Transtorno esquizoafetivo	Período ininterrupto que inclui pelo menos um mês de episódio psicótico com episódio maníaco ou depressivo maior, não devido ao abuso de substâncias; além disso, delírios ou alucinações ocorridos por pelo menos duas semanas na ausência de sintomas proeminentes de humor
Transtorno delirante	Delírios não-bizarros sem outros sintomas psicóticos, que não se devem ao abuso de substâncias, por pelo menos um mês
Transtorno psicótico breve	Episódio psicótico de mais de um dia e menos de um mês de duração
Transtorno psicótico compartilhado	Delírio semelhante em dois indivíduos de relacionamento íntimo
Transtorno psicótico devido a uma condição médica geral	Episódio psicótico etiológicamente relacionado a uma condição médica geral
Transtorno psicótico induzido por substância	Evidência de intoxicação ou abstinência de substância precedendo em menos de um mês ou coincidindo com um episódio psicótico sem <i>insight</i> do paciente; evidência de relação etiológica entre o uso da substância e o transtorno psicótico

Tabela 6.1 Sintomas essenciais dos transtornos clínicos (Eixo I) (continuação)

Transtorno	Sintomas essenciais
Transtornos do humor	
Transtorno depressivo	Humor deprimido a maior parte do dia ou com o prazer diminuído nas atividades normais, por um período contínuo de duas semanas
Transtorno bipolar I, maníaco	Humor anormal e persistentemente eufórico e expansivo ou irritável, que se mantém por, pelo menos, uma semana
Transtorno bipolar II	Um ou mais episódios depressivos maiores com, pelo menos, um episódio hipomaniaco
Transtorno ciclotímico	Presença de sintomas hipomaniacos por, pelo menos, dois anos
Transtorno do humor induzido por substância	Presença de humor significativamente deprimido, eufórico ou irritável, que inicia dentro de um mês da intoxicação ou abstinência; a perturbação do humor parece estar relacionada etiológicamente
Transtornos de ansiedade	
Transtorno de pânico	Ataques de pânico (inesperados)
Transtorno de pânico sem agorafobia	Ataques de pânico recentes, inesperados, seguidos por um mês ou mais de recorrência
Transtorno de pânico com agorafobia	O mesmo que o anterior, mas acompanhado de ansiedade quanto a estar em lugares de onde fugir possa ser difícil ou constrangedor
Agorafobia sem história de transtorno de pânico	Ansiedade quanto a estar em lugares de onde fugir possa ser difícil ou constrangedor
Fobia específica	Ansiedade excessiva quanto a situações ou objetos específicos
Fobia social	Medo excessivo, persistente, de situações sociais ou de desempenho, com evitação
Transtorno obsessivo-compulsivo	Obsessões e/ou compulsões
Transtorno de estresse pós-traumático	Flashbacks e sonhos sobre o acontecimento traumático
Transtorno de estresse agudo	Exposição a uma ameaça de morte ou ferimento grave
Transtorno de ansiedade generalizada	Ansiedade e preocupação excessivas, que ocorrem na maior parte dos dias, por, pelo menos, seis meses
Transtorno de ansiedade induzido por substância	Ansiedade, ataques de pânico, obsessões ou compulsões predominantes que iniciam dentro de um mês; o transtorno de ansiedade parece estar relacionado etiológicamente à intoxicação ou abstinência da substância
Transtornos somatoformes	
Transtornos de somatização	Muitas queixas médicas inexplicadas, que iniciam antes dos 30 anos e ocorrem por vários anos
Transtorno conversivo	Sintomas que afetam as funções sensorial e motora voluntária, sem explicação neurológica e não-intencionais
Hipocondria	Preocupação com medos de ter doença grave resistente à tranquilização por parte do médico
Transtorno dismórfico corporal	Preocupação com defeito imaginado na aparência, ou exagero de uma ligeira anomalia física
Transtorno doloroso	Dor grave associada a fatores psicológicos
Transtornos factícios	Sintomas físicos e/ou psicológicos produzidos ou fingidos intencionalmente de modo a assumir o lugar de doente

(continua)

Tabela 6.1 Sintomas essenciais dos transtornos clínicos (Eixo I) (continuação)

Transtorno	Sintomas essenciais
Transtornos dissociativos	Amnésia, fuga, personalidades múltiplas, despersonalização, desrealização, transe
Transtornos sexuais e da identidade de gênero	
Disfunções sexuais	Distúrbios no desejo, na excitação e no orgasmo; dor durante a relação sexual
Disfunções sexuais induzidas por substância	Disfunções sexuais que iniciam dentro de um mês e parecem estar relacionadas etiológicamente à intoxicação ou abstinência da substância
Parafilias	Durante um período de seis meses, episódios recorrentes de excitação sexual intensa relacionada a exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo, sadismo, voyeurismo, travestismo
Transtorno da identidade de gênero	Identificação com o gênero oposto, incluindo tratamento para mudança de gênero
Transtornos da alimentação	
Anorexia nervosa, tipo restritivo	Jejum voluntário, imagem corporal distorcida, amenorréia (em meninas e mulheres)
Bulimia nervosa, tipo purgativo	Episódios recorrentes de comer compulsivo, seguido de vômitos, uso excessivo de laxantes ou exercícios excessivos
Transtornos primários do sono	
Dissonias	Insônia, hipersonia, narcolepsia, transtorno da respiração relacionado a transtorno do sono, transtorno do ritmo circadiano do sono
Parassonias	Pesadelos, terrores noturnos, sonambulismo
Transtorno do sono induzido por substância	Perturbação significativa e grave do sono, que exige atenção e cuidados e que inicia dentro de um mês e parece estar relacionada etiológicamente à intoxicação ou abstinência da substância
Transtorno dos impulsos	Impulsos incontroláveis prejudiciais a si mesmo e aos outros, incluindo transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania
Transtorno da adaptação	Reação mal adaptativa a um estressor psicológico, que ocorre dentro de três meses do início desse estressor e cessa dentro de seis meses do seu término
Retardo mental*	Padrão de deterioração intelectual geral que inicia antes dos 18 anos

*Como esse transtorno também afeta o funcionamento e a adaptação na vida adulta, ele é incluído nesta tabela.

transtornos — aí está a sua lista de diagnóstico diferencial! Quanto menos você sabe sobre o paciente, tanto mais longa sua lista de diagnósticos diferenciais, mais transtornos você terá para discutir com seus examinadores. Escasso conhecimento sobre o paciente significa muitos transtornos da idade adulta listados nos Eixos I e II do DSM-IV-TR que podem ser incluídos em sua lista."

Situação 2

Dra. Susana F.

"Eles me deram este camarada de 33 anos, que tinha vários delírios paranóides. Percebi isso imediatamente. Sua queixa principal era: 'Meus vizinhos estão querendo me pegar. Eles compraram uma antena parabólica e a apontaram para a minha casa. Isso me deixa

nervoso." Achei que tinha tido sorte — esse era um caso fácil. O que pode ser mais fácil do que um paciente esquizofrênico paranóide? Então disse para eles o que eu pensei. Os examinadores devem ter lido o prontuário do paciente. Eles me perguntaram várias e várias vezes que outros diagnósticos eu consideraria. Tentei tudo que pude para convencê-los de que, no meu livro, o camarada tinha esquizofrenia paranóide, mas eles devem ter pensado que ele tinha algo mais. Eu discuti por bastante tempo, mas acho que eles estavam no comando."

"Você provavelmente teria passado no exame se tivesse seguido a regra dos cinco."

"Nunca ouvi falar desta regra",

ela disse.

"A regra dos cinco significa que, quando você entrevista um paciente, não deve se decidir prematuramente por um diagnóstico. Aceite o desafio e considere, ao menos, cinco opções diagnósticas."

A moça parecia estupefata.

"Você quer dizer que não tenho que descobrir qual é o diagnóstico correto?"

"É isso mesmo, desde que você inclua o diagnóstico correto na sua lista diferencial. É melhor ser superinclusivo do que superexclusivo."

"Como poderia ter encontrado cinco diagnósticos para o meu paciente esquizofrênico paranóide?"

"Procurando por eles. Por exemplo, que tipo de drogas ilícitas seu paciente usa, se é que usa alguma? Algum tipo de anfetamina que pudesse produzir delírios?"

"Não perguntei isso, pois seus delírios eram tão tipicamente esquizofrênicos que não havia dúvidas em minha mente."

"O camarada tinha uma história de traumatismo craniano?"

"Ele estava bem-orientado; conseguia se lembrar de quatro objetos após 10 minutos e podia fazer o teste de similaridades sem dificuldades. Então, não pensei que tivesse uma deterioração cognitiva."

"Os pacientes com transtorno delirante devido a uma condição médica geral estão sempre desorientados ou incapazes de processar as informações?"

"Hmm."

"Como estava o seu afeto? Havia uma história de depressão ou euforia?"

"Por que um paciente esquizofrênico deveria ter humor deprimido ou eufórico? E, se ele tivesse, qual seria a diferença?"

"Que ele poderia não ser um paciente esquizofrênico, no final das contas."

Essa candidata tinha tentado apenas confirmar sua impressão inicial e coletado provas para corroborar apenas essa hipótese, enquanto ignorava outras opções. Ela perseguia seu objetivo usando viseiras, e elevou um sintoma à condição de transtorno psiquiátrico. Evite essa armadilha de uma mão única.

A solução para o dilema diagnóstico de ambos os candidatos é a mesma. As informações obtidas por eles deveriam ser usadas para gerar uma lista de todos os transtornos que poderiam possivelmente explicar as queixas do paciente e seu estado mental. No topo dessa lista, deveriam estar os mais graves e arrasadores, seguidos pelos transtornos não-psicóticos e de personalidade e finalmente pelos problemas psicossociais e ambientais.

Aqui estão três tipos de casos que você pode encontrar. Se um paciente relata sintomas depressivos, elabore uma lista mental de transtornos que encaixem nesse relato. Seu catálogo poderia parecer assim:

- transtorno depressivo maior
- transtorno bipolar I, episódio mais recente depressivo
- transtorno bipolar II, episódio mais recente depressivo
- transtorno distímico
- transtorno de adaptação com humor depressivo
- transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo
- transtorno ciclotímico
- transtorno do humor induzido por substâncias
- transtorno do humor devido a uma condição médica geral

Se a sua impressão inicial sugere um estressor associado a um humor ansioso, sua lista deveria conter:

- transtorno de adaptação com humor ansioso
- transtorno de estresse agudo
- transtorno de estresse pós-traumático
- transtorno de ansiedade generalizada
- agorafobia sem história de transtorno de pânico
- fobia específica
- fobia social
- transtorno de pânico sem agorafobia
- transtorno de pânico com agorafobia
- transtorno de personalidade esquiva
- transtorno de personalidade dependente
- transtorno de ansiedade induzido por substâncias
- transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral
- transtorno delirante

Se sua impressão inicial é um padrão de uma vida inteira de atos violentos, faça a uma lista como:

- abuso de substâncias
- dependência de substâncias
- transtorno de personalidade anti-social
- transtorno explosivo intermitente
- transtorno do controle dos impulsos sem outra especificação (SOE)
- transtorno bipolar I, episódio mais recente maníaco
- transtorno dissociativo de identidade

Trabalhe com a mente aberta ao montar essas listas. Seja antes superinclusivo do que superexclusivo. Lembre-se de que a média dos pacientes preenche, durante a sua vida, os critérios para dois ou três transtornos psiquiátricos (Helzer e cols., 1977; Othmer e cols., 1981; Powell e cols., 1982).

Resumindo, esse passo do diagnóstico envolve duas abordagens: incluir e excluir. A inclusão fornece as provas que corroboram um diagnóstico, enquanto a exclusão provê as evidências para eliminar um diagnóstico. Assim, diagnosticar exige três listas: a lista nº 1 consiste no que incluir, a lista nº 2 no que excluir e a lista nº 3 no que resta a ser investigado.

Ambos os candidatos negligenciaram o desenvolvimento dessas três listas. Se não fosse assim, o primeiro candidato teria se dado conta de que tinha uma longa lista de transtornos inexplorados a serem discutidos à luz das suas observações do estado mental do paciente, tais como a idade, o sexo, suas maneiras, compreensão, fala, afeto, orientação e memória de curto prazo, e então teria criado a lista nº 1. Nossa segunda candidata não se deu conta de que tinha uma longa lista nº 1 de transtornos que tinham em comum as idéias persecutórias.

Essa seção ensinou-lhe como rastrear a psicopatologia e os problemas do paciente e como fazer o diagnóstico diferencial. A próxima seção vai ajudá-lo a verificar alguns e a excluir outros transtornos de seu diagnóstico diferencial.

2. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A esta altura, você já construiu em sua mente uma lista de impressões diagnósticas preliminares. Reveja sua lista. Você pode defrontar-se com uma de duas situações extremas.

Em primeiro lugar, sua lista contém principalmente transtornos que pertencem a uma das 13 áreas descritas no DSM-IV-TR (ver Tabela 6.1). Por exemplo, sua lista contém principalmente transtornos que têm em comum sintomas psicóticos ou teste de realidade perturbado, incluindo dois transtornos de personalidade do Eixo II:

- transtorno psicótico devido a uma condição médica geral

- transtorno psicótico induzido por substância
- esquizofrenia
- transtorno esquizofreniforme
- transtorno esquizoafetivo
- transtorno delirante
- transtorno bipolar com características psicóticas
- transtorno depressivo maior com características psicóticas
- transtorno psicótico breve
- transtorno psicótico SOE
- transtorno de personalidade paranóide
- transtorno de personalidade esquizotípica

Siga a árvore de decisão diagnóstica no Apêndice A do DSM-IV-TR. Neste caso, é necessário fazer as perguntas que lhe permitam tomar as decisões na ordem adequada. O DSM-IV-TR recomenda, quando se encontram sintomas psicóticos, excluir ou verificar primeiramente a existência de uma condição médica geral. Consequentemente, pergunte sobre qualquer traumatismo craniano ou doença do sistema nervoso central. Além disso, o paciente deve ser examinado quanto à presença de distúrbios habitualmente associados a transtornos cognitivos, como as flutuações nos estados de alerta, a distraibilidade, desorientação, amnésia, apraxias, agnosias, afasias ou sinais neurológicos focais e outros, tais como aqueles discutidos nos Capítulos 4 e 5: Estado Mental e Testagem. Se uma deterioração cognitiva devida a uma condição médica geral não for encontrada, deve-se, como próximo passo, excluir o efeito fisiológico direto de uma substância ou toxina. Para tanto, pergunte pela duração dos sintomas psicóticos. Eles já duram mais ou menos de um mês? De acordo com a resposta, será feita a próxima ramificação, até terminar em uma "folha", isto é, "um ponto na árvore do qual não provêm ramificações."

Uma entrevista diagnóstica assim certamente é possível, mas requer que o entrevistador assuma o comando, direcione o paciente e estruture o processo diagnóstico: você faz as perguntas e o paciente responde, de preferência prontamente e direto ao ponto. Os problemas dessa abordagem são óbvios. Em seus esforços para seguir seu modelo de tomada de decisão, você elimina qualquer espontaneidade da entrevista, suprime ou possivelmente destrói a comunicação e potencialmente perde informações de valor. Portanto, recomendamos que você postergue a tomada de decisão para o final da entrevista. Deixe o paciente movimentar-se em diferentes direções, permita-lhe elaborar aqui e ali e dar saltos enquanto extrai os aspectos descritivos da sua patologia.

Em segundo lugar, sua lista contém uma variedade de transtornos clínicos, mentais, de personalidade e de adaptação sem outra especificação (SOE; DSM-IV-TR), e problemas psicossociais e ambientais; uma ampla variedade

de psicopatologias — por assim dizer — sem qualquer foco em uma das 13 áreas diagnósticas. É difícil seguir uma única das árvores de decisão propostas no DSM-IV-TR. Um entrevistador costuma fazer o que funcionou na primeira situação (vista anteriormente). Ele examina suas impressões preliminares, verificando as expressões usadas para descrever os sintomas e sinais coletados:

1. marcando todos os sintomas e sinais que estejam associados a um determinado transtorno;
2. determinando a duração dos sintomas e sinais;
3. estabelecendo a natureza incapacitante dos sintomas;
4. listando os estressores precedentes e
5. avaliando a relação temporal dos sintomas entre si.

Por exemplo, se encontra alucinações e delírios, ele pergunta:

"Que outros sintomas surgiram juntamente com as alucinações e os delírios?"

"Quanto tempo duraram? Alguns duraram menos tempo do que outros?"

"Quanto esses sintomas psicóticos lhe afetaram? Você os observou de maneira divertida? Eles estavam presentes principalmente antes do sono ou tomavam todo o seu tempo e toda a sua energia?"

"Havia alguma coisa que os desencadeasse de repente, ou eles se insinuavam lentamente?"

"Como esses delírios e alucinações se associavam aos seus transtornos do humor, do sono e do apetite, de sentimentos de culpa e ruminacões suicidas? Elas ocorriam em períodos de duas semanas, com verdadeiras provações de seis meses de transtornos de humor, ou dominavam a sua vida, com a depressão ocasionalmente se esvanecendo, indo e voltando?"

Uma abordagem desse tipo costuma ser compreensível para o paciente, memorizável para o entrevistador e fornece informação suficiente para permitir que a decisão diagnóstica se faça em um estágio posterior.

Comparativamente ao passo nº 1, que se caracteriza por perguntas de alta sensibilidade, as perguntas do passo nº 2 costumam ter alta especificidade. Aplique-as às suas impressões diagnósticas preliminares formadas no final do passo nº 1. Elas confirmam ou excluem certas impressões diagnósticas.

Com essas características à mão, examine inicialmente os grandes transtornos psiquiátricos da sua lista diagnóstica e então os transtornos de personalidade. Por fim, investigue os problemas psicossociais e ambientais.

Transtornos clínicos (Eixo I)

Como você entrevista para avaliar os transtornos clínicos?

Durante minha residência em psiquiatria, um de meus professores nos impressionava com seu estilo de entrevistar. Ele diagnosticava um paciente em poucos minutos. "Como é que ele faz isso?", eu ficava a cogitar. Quando reconstruía sua entrevista depois de cada sessão, descobri que ele tirava vantagem da anatomia dos transtornos clínicos. Primeiro, perguntava pelos sintomas nucleares e por sua gravidade. Então, avaliava sinais e sintomas associados, isto é, menos específicos, somente se os essenciais estivessem presentes. Quando os sintomas essenciais estavam ausentes, não perdia tempo completando o catálogo dos sintomas de cada transtorno. Assim, ele evitava exclusões redundantes.

Sintomas essenciais

A Tabela 6.1 lista os sintomas essenciais da maioria dos transtornos clínicos. Um sintoma essencial é necessário mas não suficiente para o diagnóstico de um transtorno. Por exemplo, você pode diagnosticar abuso de álcool somente quando o paciente bebe, ou depressão quando o humor do paciente é deprimido.

A Tabela 6.1 não contém todos os transtornos do DSM-IV-TR e seus subtipos — é meramente um guia de demonstração. Os sintomas essenciais de cada transtorno se referem a funções psíquicas específicas que estão perturbadas no transtorno respectivo: o nível de consciência, a memória e a inteligência nos transtornos cognitivos; o uso e o controle sobre ingestão de substâncias nos transtornos relacionados a substâncias; alucinações, delírios e comportamentos altamente desorganizados na esquizofrenia; a segurança territorial no transtorno delirante; o humor, a iniciativa, o nível de energia e o comportamento de assumir riscos nos transtornos do humor; a adaptação à ameaça nos transtornos de ansiedade; o controle sobre a agressão, a sexualidade e a higiene no transtorno obsessivo-compulsivo; a percepção da dor e do funcionamento somático no transtorno de somatização; a amnésia e a desrealização nos transtornos dissociativos; distúrbios no comportamento sexual e nos objetos de desejo e identificação cruzada quanto ao gênero nos transtornos sexuais e de identidade de gênero; controle sobre a ingestão de alimentos na anorexia e na bulimia nervosas; regulação do ciclo sono-vigília nos transtornos do sono; controle da agressão nos transtornos do controle dos impulsos; enfrentamento do estres-

se nos transtornos da adaptação; processamento da informação no retardo mental. A maioria dos sintomas essenciais da Tabela 6.1 requer uma deterioração significativa associada na área social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.

As questões para avaliar os sintomas essenciais de alguns desses transtornos estão listadas abaixo. A maioria delas foi validada (Othmer e cols., 1989).

Transtornos cognitivos:

1. "Qual o seu nome completo? Vou dizer três palavras que gostaria que você lembrasse. Elas são lápis, carro e relógio. Você poderia dizê-las? Ótimo. Quero que você se lembre das três palavras. É muito importante. Vou lhe pedir para dizê-las para mim dentro de alguns minutos. Lembre-se, as palavras são lápis, carro e relógio."

2. "Quando você nasceu? Qual a data do seu nascimento?"

3. "Que dia da semana é hoje?"

4. "Em que mês estamos?"

5. "Qual é a data de hoje?"

6. "Em que ano estamos?"

7. "Qual é o nome deste lugar em que estamos agora?"

8. "Qual é o nome da cidade (ou vila, distrito, município) em que estamos agora?"

9. "Você poderia me dizer os nomes de dois presidentes do país?"

10. "Agora eu vou dizer uma frase. Quando tiver terminado, quero que repita exatamente o que eu disse. Pronto? Ouça."

a) "Semana que vem vou dar uma volta no meu carro verde."

b) "Amanhã vou buscar um pouco de açúcar e farinha do armazém."

11. "Você poderia me dizer as três palavras que lhe pedi para lembrar? Quais são as três palavras?"

12. "Agora, vou lhe pedir para escrever uma frase: 'O céu é azul.'"

Retardo mental:

"Quando você estava na escola, alguém, alguma vez, disse que você aprendia muito devagar?"

Em caso negativo:

"Você alguma vez foi para uma turma de educação especial, quando estava na escola?"

Transtornos relacionados a substâncias:

1. Você já teve problemas na sua vida causados pelo uso intenso de drogas ou álcool?"

Em caso afirmativo:

"O uso intenso de drogas ou álcool foi um problema para você no passado?"

2. "Você usou maconha, *speed*, *crack*, heroína ou qualquer outra droga para se sentir bem?"

Em caso afirmativo:

"Alguém já fez algum comentário quanto ao seu uso de drogas no ano passado?"

Esquizofrenia:

1. "Já aconteceu de você ouvir vozes ou ver coisas que ninguém mais podia ouvir ou ver?"

2. "Alguma vez você sentiu que sua mente ou seu corpo estava sendo secretamente controlado ou sendo controlado de alguma forma contra sua vontade?"

3. "Aconteceu alguma vez de você sentir que os outros queriam feri-lo ou realmente pegá-lo por alguma razão especial, talvez por você ter segredos ou poderes especiais de alguma natureza?"

4. "Você alguma vez teve qualquer outro tipo de coisas estranhas, esquisitas ou muito peculiares acontecendo com você?"

Em caso afirmativo:

"Por favor, conte-me quais são elas."

Em caso afirmativo a qualquer uma dessas perguntas:

5. "Isso aconteceu mesmo quando você não estava bebendo ou usando drogas?"

Transtorno bipolar, episódio maníaco:

1. "Alguma vez aconteceu de você se sentir eufórico, excitado, cheio de energia em um nível fora do comum, ou então inquieto por uma semana inteira?"

2. "Aconteceu alguma vez de outras pessoas lhe dizerem que você estava demasiadamente eufórico, cheio de energia, demasiadamente excitado ou falando demais?"

Em caso afirmativo:

3. "Quanto tempo essas mudanças de humor costumam durar?"

Se menos do que uma semana:

3. "Quanto foi a duração máxima desses períodos?"

Se ainda tiver sido menos do que uma semana:

"Alguma vez esse humor eufórico excitável permaneceu com você durante a maior parte do tempo por, pelo menos, uma semana?"

Transtorno depressivo maior:

1. "Já houve momentos em que você se sentiu extraordinariamente deprimido, vazio, triste ou desesperançado por vários dias, semanas ou meses, de uma vez só?"

2. "Já houve vezes em que você se sentiu muito irritável ou cansado a maior parte do dia por nenhuma razão aparente?"

Em caso afirmativo para o item 1 ou 2:

3. "Por quanto tempo esses sentimentos costumam durar?"

Se por menos de duas semanas:

"Qual foi a duração mais longa?"

Se ainda foi menor do que duas semanas:

"Alguma vez esses sentimentos permaneceram com você durante a maior parte do tempo num período de até duas semanas?"

Transtorno de pânico:

1. "Já aconteceu de você ter crises ou ataques súbitos de nervosismo, pânico ou forte medo que parecem tomá-lo completamente de repente, assim do nada, sem nenhuma razão em particular?"

Em caso afirmativo na questão nº 1:

2. "Você tinha esses ataques mesmo que seu médico tenha dito que não havia nada de errado, ou nada de preocupante com o seu coração?"

Em caso negativo:

"Diga-me o que o médico disse que havia de errado com o seu coração."

Transtornos fóbicos:

1. "Você sempre teve muito mais medo das coisas do que a média das pessoas? Como de voar, de altura, de animais, de agulhas, de trovões, de relâmpagos, de ver sangue e coisas desse tipo?"

Em caso afirmativo:

"De que é que você tinha medo?"

2. "Você já teve tanto medo de sair de casa sozinho a ponto de não sair, mesmo sabendo que, na verdade, era seguro?"

3. "Você já teve medo de ir a lugares como supermercados, túneis ou elevadores, porque tinha medo de não conseguir sair?"

4. "Você já teve tanto medo de se sentir constrangido em público a ponto de não fazer certas coisas que a maioria das pessoas faz, como comer em um restaurante, usar um banheiro público ou falar alto em um ambiente cheio de pessoas?"

Em caso afirmativo para qualquer uma dessas questões:

"Quando os seus medos eram mais fortes, você tentava evitar ou manter distância de (nomeie o estímulo temido) sempre que podia?"

Transtorno obsessivo-compulsivo:

1. "Você já foi incomodado por certos pensamentos constrangedores, assustadores ou ridículos que vêm à sua mente muitas e muitas vezes, mesmo que você tente ignorá-los ou dar um basta neles?"

Em caso afirmativo:

"Por favor, descreva-os."

2. "Você alguma vez sentiu que deveria repetir um certo ato muitas e muitas vezes, embora isso não fizesse muito sentido? Como verificar ou contar algo de novo e de novo ou lavar as mãos repetidamente, mesmo sabendo que elas estavam limpas?"

Transtorno de estresse pós-traumático:

"Você já experimentou *flashbacks*, em que revivia alguma experiência terrível muitas e muitas vezes?"

Transtorno de ansiedade generalizado:

1. "Já houve dias seguidos em que você se sentiu extremamente nervoso, ansioso ou tenso sem nenhuma razão em especial?"

Em caso afirmativo:

"Algumas vezes já aconteceu de você se sentir assim mesmo estando em casa, sem nada de especial para fazer?"

Em caso afirmativo:

2. "Esses sentimentos de nervosismo ou ansiedade lhe perturbaram, ora sim, ora não, ao longo de seis meses contínuos ou mais?"

Transtorno de somatização:

1. "Você teve muitos problemas físicos na sua vida que o forçaram a consultar vários médicos?"

Em caso afirmativo:

"Os médicos têm tido dificuldade para encontrar a causa para esses problemas físicos?"

2. "Você começou a ter esses problemas antes dos 30 anos?"

Anorexia nervosa:

"Já aconteceu de você deliberadamente perder tanto peso em uma dieta que as pessoas começaram a se preocupar seriamente com a sua saúde?"

Em caso afirmativo:

"Você tinha medo de engordar mesmo quando as outras pessoas diziam que você já estava magro o bastante?"

Bulimia nervosa:

1. "Alguma vez já aconteceu de você ter problema com a ingestão de grandes quantidades de comida num período de tempo muito curto? Quando você come tanto e tão rapidamente, isso o faz sentir náuseas?"

Em caso afirmativo:

2. "Quando você estava fazendo isso, tinha a sensação de que esses excessos de comida, assim concentrados no tempo, não eram de fato normais?"

Em caso afirmativo:

3. "A urgência para comer, às vezes, era tão forte que você não poderia parar, mesmo que quisesse?"

Em caso afirmativo:

4. "Depois de haver comido dessa maneira, você costumava se sentir deprimido, envergonhado e enojado consigo mesmo?"

Em caso afirmativo:

5. "Já aconteceu de você vomitar depois de comer, usar laxativos ou se exercitar em excesso?"

Transtornos de adaptação:

1. "Nos últimos três meses você tem estado muito preocupado ou chateado com alguma coisa que lhe aconteceu? Como a morte de uma pessoa amada, a perda de um emprego, uma separação, divórcio, um acidente, uma doença grave ou esse tipo de coisa?"

Em caso afirmativo:

2. "Você acha que teve mais dificuldade para lidar com esse tipo de situação do que a maioria das pessoas teria?"

Se você identificou um sintoma essencial de um transtorno psiquiátrico, estabeleça há quanto tempo tal sintoma está presente. Por exemplo, o paciente está deprimido, tenso e irritável por pelo menos duas semanas?

Depois de haver identificado os sintomas essenciais e a sua duração, o próximo passo é avaliar a sua gravidade. O DSM-IV-TR considera como sintomas aquelas queixas que causam "sofrimento clinicamente significativo ou deterioração nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento". Um paciente que se queixa ocasionalmente de se sentir deprimido, mas que funciona plenamente no trabalho, na sua família e na vida social, tem uma queixa, mas que não atingiu a intensidade de um sintoma. Ele pode estar levemente disforico, mas não pode ser considerado portador de um transtorno psiquiátrico. Zung (1972) fez um relatório sobre o humor disforico na população geral dos Estados Unidos: 48% eram disforicos antes da idade de 19 anos, e 44% na faixa de idade acima dos 60 anos tinha uma pontuação anormalmente alta na Escala Zung para Depressão. Os dados para os controladores do tráfego aéreo também mostraram uma pontuação anormalmente alta para depressão (Barrett e cols., 1978). Esses grupos podem não sofrer de depressão clínica, mesmo que refiram sentimentos depressivos. Portanto, se você encontra um sintoma, determine se ele interfere na vida do paciente; investigue, por exemplo, se ele se envolveu em discussões, abusou de seus filhos ou foi impaciente com seus clientes, faltou ao trabalho, foi criticado pela esposa, perdeu um amigo, necessitou de tratamento ambulatorial ou de hospitalização.

Abaixo estão oito questões empiricamente testadas para avaliar a disfunção pela interferência na vida social. Se o paciente responde "sim" a uma das perguntas, em aproximadamente 90% dos casos ele também vai preencher os sintomas associados a esse transtorno (Othmer e cols., 1989).

1. "O (sintoma essencial, p. ex., beber, uso de drogas, mudanças de humor, etc.) chegou alguma vez a interferir com a escola, o seu trabalho ou o seu emprego?"
2. "O... chegou alguma vez a causar qualquer problema com sua família, ou levou sua família a se preocupar com você?"
3. "O... chegou alguma vez a interferir com suas atividades sociais ou suas amizades?"

4. "Você já entrou em conflito com as autoridades por causa de seu...?"
5. "A sua saúde já sofreu em razão de...?"
6. "Você já foi medicado ou recebeu tratamento por seu...?"
7. "Você já foi hospitalizado por seu...?"
8. "Quando você teve..., você era capaz de viver sozinho?"

Quando o paciente tem um transtorno psiquiátrico, o efeito no paciente é triplice: deterioração psicossocial, perturbação interpessoal e sofrimento pessoal. O paciente pode não compreender que está psicossocialmente prejudicado, mas sabe que está sofrendo. O sofrimento pessoal frequentemente se correlaciona com a disfunção objetiva.

A gravidade da doença se reflete em várias áreas, incluindo as reações da família, as sanções sociais, a deterioração da saúde e o nível de funcionamento do paciente em geral. A resposta da família do paciente pode ser um indicador-chave. Eles podem criticar, mostrar desrespeito e isolar o paciente, ou apoiá-lo quando seu sofrimento é claramente visível, como nos transtornos de ansiedade.

A gravidade também se mede pela resposta do público. Claramente, quando a lei e a ordem são violadas por meio de uma maneira imprudente e irresponsável de dirigir, dirigir intoxicado, ou perturbar a paz, o paciente tem um problema grave. A sociedade também desaprova o alcoolismo e o abuso de substâncias e pode evitar pessoas com outros transtornos mentais perturbadores, tais como a esquizofrenia ou o transtorno bipolar.

A gravidade também pode ser determinada pela deterioração da saúde geral que resulta do transtorno, como, por exemplo, no alcoolismo, no abuso de substâncias e nos transtornos cognitivos.

A gravidade é determinada pelo nível de funcionamento geral do paciente. Se você vê um paciente que não tem uma queixa principal evidente e conversa com ele em vez de investigar os seus problemas, pode chegar a ter uma impressão de seu nível de funcionamento antes de saber que fatores o prejudicam. O DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) fornece uma Escala para Avaliação Global do Funcionamento* (Escala GAF) que permite medir o seu nível de funcionamento do paciente (ver a seguir Seção 3: História psiquiátrica).

Sintomas associados

Depois de haver determinado os sintomas essenciais, avalie os sintomas associados. Um sintoma associado é

o que está frequentemente presente em um transtorno, mas não é necessário para o seu diagnóstico. Por exemplo, a insônia é vista na depressão, mas também em muitos outros transtornos, como o abuso de substâncias, a esquizofrenia, o transtorno bipolar e os transtornos de ansiedade. Os sintomas associados costumam ser vegetativos, por exemplo, anorexia, hiperfagia ou disfunção sexual. Podem também aparecer como dor inexplicada na coluna lombossaca, no abdômen ou na cabeça; como percepções somáticas tais como tonturas, parestesias e fraquezas; ou como sintomas gerais, tais como letargia, tensão, desesperança, medo e falta de coragem.

O número de sintomas associados para um determinado transtorno varia de um paciente para outro. Um número mínimo deve estar presente para preencher os critérios diagnósticos para um determinado transtorno (ver DSM-IV-TR). Avalie-os fazendo perguntas abertas do tipo:

"O que mais você nota quando fica deprimido, tem suas manias, os seus ataques de pânico e assim por diante?"

A maioria dos pacientes vai listar vários sintomas. Depois de uma pergunta assim, centrada no paciente, use perguntas "centradas no transtorno" para confirmar o diagnóstico, tais como:

"Quando você fica deprimido, como é o seu sono... o seu apetite... a sua vida sexual, sua concentração, seus pensamentos sobre o futuro e o seu desempenho no emprego?"

Certifique-se de que todos os sintomas associados ocorreram com o(s) sintoma(s) essencial(is) no mesmo período. Descubra quais sintomas acompanhavam outros e quais ocorriam esporadicamente. A referência ao tempo é crucial para se verificar um transtorno psiquiátrico passado. Repita o sintoma essencial ou queixa principal quando perguntar pelos sintomas associados, ou pergunte ao paciente se os sintomas relatados ocorreram juntos (ver Questão 6, a seguir):

1. M: O que a trouxe aqui, sra. Holmes?
P: Estou ficando deprimida de novo e chorando com muita facilidade.
2. M: Pode me contar um pouco mais sobre isso?
P: Parece que acontece a qualquer hora do dia, fico a lacrimejar e começo a soluçar.
3. M: A senhora tem outros problemas?
P: Ah, sim. Tenho dores que parece que a cabeça vai estourar, e meu sono não é bom.
4. M: Algum problema para comer?
P: Sim, como é que o senhor sabe? Eu tinha um apetite voraz, e aumentei quase 30 kg.

*N. de T.: Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

5. M: Algum outro problema com a alimentação?
- P: Talvez devesse lhe contar sobre o meu problema com os vômitos. Pensei que ia vomitar o coração para fora.
6. M: Não está claro para mim se todos os problemas acontecem ao mesmo tempo.
- P: Ah, é isso o que o senhor queria dizer? Ah, não. Eu tive o problema com os vômitos quando estava grávida.
7. M: E quanto a comer demais?
- P: Isso foi há três anos.
8. M: E com o sono?
- P: O pior foi depois que o meu bebê nasceu.
9. M: E como está o seu sono agora?
- P: Ah, está bem. Talvez eu durma demais. Pareço estar realmente exausta.
10. M: E o seu apetite?
- P: Agora?
11. M: Sim.
- P: Bom demais. Até me levanto no meio da noite para um lanche. Não consigo ficar longe daquele refrigerador.
12. M: Além das crises de choro e soluços, o que mais mudou com você?
- P: Eu me preocupo com a minha filha mais velha. Ela ficou grávida e meu marido está me acusando. Sempre tive problemas com meus filhos e meu marido.

Se o entrevistador não tivesse esclarecido a relação temporal entre os sintomas, poderia tê-los tomado erroneamente como associados à depressão. Entretanto, os sintomas espalhados ao longo do tempo sugerem um transtorno de somatização, diagnóstico posteriormente confirmado.

Se o seu paciente relata um número suficiente de sintomas associados para preencher os critérios para algum dos transtornos psiquiátricos principais, você estabeleceu os critérios de inclusão para esse transtorno. Agora proceda da mesma forma para todos os outros transtornos para os quais os sintomas essenciais são positivos.

Exclusão

Se você determinou os sintomas essenciais do paciente, sua duração e gravidade, e estabeleceu o número necessário de sintomas associados, tem informação suficiente para diagnosticar o transtorno. Ainda assim, deve esperar os resultados de sua investigação pregressa (ver adiante Seção 3: História psiquiátrica), já que as doenças médicas podem mimetizar os transtornos psiquiátricos. A presença de tal doença médica pode excluir a presença de um transtorno psiquiátrico. Além disso, em

certos casos, esses sintomas também são compartilhados por outros transtornos psiquiátricos (ver também Seção 4: Diagnóstico).

Às vezes são encontrados sintomas essenciais de um transtorno clínico, mas eles não interferem na vida do paciente. Por exemplo, um paciente pode observar um humor deprimido crônico, ou ansiedade, ou raiva, mas nenhum desses sentimentos interfere no seu trabalho, na sua vida familiar ou nas suas atividades de lazer. Ele os percebe, mas consegue superá-los e controlá-los. Esses sentimentos são percebidos subjetivamente pelo paciente, mas não o prejudicam. Nesses casos, observe o paciente, mas adie o diagnóstico de um transtorno clínico. Os sintomas leves podem anunciar o início de um transtorno.

Os sintomas essenciais também podem ser demasiadamente breves em sua duração para preencher os critérios. Se os sintomas são graves, é melhor fazer o diagnóstico de qualquer forma, especialmente quando o paciente precisa ser hospitalizado.

Se os sintomas essenciais são de longa duração e graves o bastante para preencher os critérios, mas não são acompanhados de um número suficiente de sintomas associados, diagnostique um transtorno mental sem outra especificação (SOE). Um estudo encontrou manifestações incompletas de transtornos em 15 a 20% dos pacientes com sintomas essenciais positivos (Othmer e cols., 1989).

Transtornos de personalidade (Eixo II)

Como os transtornos clínicos do Eixo I, os transtornos de personalidade são definidos de forma categórica, e não-dimensional. Se você tentar verificar um transtorno de personalidade, examine se o paciente preenche os dois conjuntos de critérios típicos para a anatomia de um transtorno de personalidade de acordo com o DSM-IV-TR:

1. Seis critérios diagnósticos gerais para um transtorno de personalidade (ver DSM-IV-TR, A-F; American Psychiatric Association, 2000, p. 689). Esses critérios descrevem um padrão inflexível ao longo da vida de má adaptação na percepção, nos sentimentos, nos relacionamentos, no pensamento e no controle dos impulsos numa gama ampla de relações pessoais e sociais que causa deterioração funcional e sofrimento subjetivo significativos.
2. O padrão específico de má adaptação que caracteriza e define cada um dos 10 transtornos de personalidade. Esse padrão pode ser visto como um padrão mal adaptativo de resposta a desencadeantes gerais ou específicos.

Padrão de má adaptação ao longo da vida

Em um transtorno de personalidade, o padrão de má adaptação emerge ao longo de toda a vida do paciente. Por exemplo, o paciente exibe sintomas de disforia, ansiedade e dependência sempre que antecipa ou experimenta uma perda de apoio. Quando você observar uma tal reação, pergunte sobre um padrão recorrente ao longo da vida inteira, que é essencial para um transtorno de personalidade.

Eis aqui um exemplo de caso que surgiu em uma conversa entre uma paciente do Paquistão e o entrevistador.

- P: Estou chorando dia e noite depois que vim do Paquistão. Estou ansiosa, com saudade de casa e deprimida, e não quero conhecer novos amigos. Eu me tranco no banheiro. Choro sem parar e costumo manter todo o condomínio acordado, berrando e gritando à noite. Não consigo me ajustar. Não quero que meu marido saia de casa.
- M: Você se sente confortável para responder algumas perguntas sobre si mesma?
- P: Claro, vá em frente.
- M: Conte-me um pouco sobre o seu casamento. Foi arranjado pelos seus pais?
- P: Sim, foi.
- M: Quando se casou, você foi morar com seu marido?
- P: Sim. O nosso casamento durou três dias e então eu fui morar com ele.
- M: Você pode me contar como se sentiu quando foi morar com ele?
- P: Ah, chorei nas primeiras duas ou três semanas, fiquei deprimida e telefonava para casa o tempo todo.
- M: Isso soa semelhante à reação que você teve agora, depois que veio para os Estados Unidos.
- P: Hmm... Não tinha pensado nisso. Você está certo.
- M: Você se lembra de alguma outra situação em que tenha mostrado uma reação parecida com essa de quando se casou e de quando veio para os Estados Unidos?
- P: Quando me mudei de Karachi, tive o mesmo problema. Também tive muita dificuldade para me adaptar quando fui para a faculdade. Eu sentia que não conseguiria sobreviver sem ajuda.
- M: Você vê? Um problema de adaptação raramente vem sozinho. Parece difícil para você se afastar da sua família e dos amigos e se adaptar a um novo ambiente.
- P: Certo, eu também tenho essa sensação. Parece que sou muito sensível à perda de apoio.
- M: Você observou se ficou deprimida ou desencorajada em qualquer outro momento? Mesmo quando não havia uma grande mudança?
- P: Deixe-me ver... Sim, eu não passava bem quando os meus pais não podiam vir me visitar na faculdade.

Eu também chorava no aniversário da minha irmã, quando não podia ir para casa de volta da faculdade para estar com ela.

O estressor que desencadeava o comportamento mal adaptativo na paciente era a perda do apoio e do ambiente familiar. A resposta mal adaptativa é a sua incapacidade de superar ou reestruturar sua necessidade de apoio. Tal incapacidade pode fazê-la buscar novas dependências em vez de desenvolver autonomia. Seu comportamento repetitivo mostra uma apresentação dramática de uma reação infantil à perda com sintomas depressivos, o que possivelmente a qualifica para o diagnóstico de transtorno de personalidade dependente. Entretanto, o entrevistador deve discutir com o marido se o comportamento dela é considerado mal adaptado em sua cultura.

Padrão específico de má adaptação

Para um paciente com transtorno de personalidade dependente, a perda de um relacionamento próximo que é fonte de apoio é um desencadeante para sua má adaptação. Ele percebe a perda como uma ameaça à sua vida, e a si mesmo como totalmente dependente desta simbiose perdida. Ele responde à perda com uma miríade de sintomas ansiosos e depressivos e comportamentos de adesão que, em contraste com a depressão maior, entram em remissão com o restabelecimento do apoio.

A maioria dos pacientes com transtornos de personalidade mostra padrões de má adaptação com pessoas em três tipos de relacionamentos ou situações: íntimas ou sexuais, e familiares; com grupos sociais organizados, na igreja ou em atividades de lazer e com colegas no trabalho. Portanto, peça ao seu paciente para descrever seus relacionamentos com outras pessoas. Investigue se ele é insensível, desconfiado ou explorador, e se ele parece temer ou ser excessivamente ligado a esses grupos.

Uma abordagem mais direta é perguntar se existem certas situações com as quais o paciente tem dificuldade de lidar e pode, portanto, temer e evitar. Ele pode descrever as situações que desencadeiam comportamentos mal adaptativos recorrentes e revelar uma percepção que você identifica como distorcida de tais situações.

"Sempre que conheço pessoas novas eu prefiro não falar com elas, pois tenho medo de que me rejeitem e critiquem. As pessoas são muito críticas. Parece que têm prazer em magoar os outros. Especialmente quando descobrem que você é fraco, elas se aproveitam de você. Se você mantém distância delas, é mais difícil incomodá-las." (personalidade esquiva)

A entrevista em si é muitas vezes uma situação desencadeante de respostas mal adaptativas. Observe se o

paciente se relaciona com você durante a entrevista de uma maneira peculiar. Por exemplo, se ele demonstra afeto embotado sem estar deprimido ou ter alucinações (personalidade esquizóide), ou se é dramático, autocentrado, ou sedutor (personalidade histriônica), ou um tanto ansioso, adesivo e necessitado de reassseguramento (personalidade dependente).

Descubra a que situações ou estressores o paciente é sensível. Isso vai ajudá-lo a identificar o déficit na capacidade de enfrentamento e estabelecer o diagnóstico do transtorno de personalidade. A maioria dos pacientes com as ditas "reações de adaptação" a um estressor também mostra uma tendência à repetição, indicando um déficit crônico na capacidade de enfrentamento, em outras palavras, um transtorno de personalidade. Assim, uma reação de adaptação pode ser a apresentação transeccional de um transtorno de personalidade. Um grande número de sintomas depressivos e de ansiedade acompanha tais reações de adaptação. Esses sintomas podem ocorrer à mera antecipação da situação desencadeante. Portanto, sempre que alguém relatar uma dificuldade de adaptação, tente identificar um possível estressor e faça o rastreamento de seu passado à procura de reações semelhantes para identificar o déficit subjacente na capacidade de enfrentamento. Se o paciente refere reações de adaptação repetitivas, esteja alerta. Uma repetitividade de rígida, inerente, viola o critério essencial de um transtorno de adaptação.

Alguns pacientes não descrevem uma situação específica, mas um padrão de má adaptação ao longo de toda a vida, quer de sintomas, quer de comportamentos. Eis aqui um exemplo de sintomas de uma vida inteira:

"Sou tão tímido e ansioso e me assusto com tanta facilidade! Gostaria de ser popular, mas tenho tanto medo de ser rejeitado! Sinto-me tão inibido, que não posso me defender." (personalidade esquiva)

Quando o paciente descreve sintomas de uma vida inteira de duração, ligue-os a um transtorno clínico. Após a remissão, alguns transtornos clínicos podem deixar alguns pacientes com um transtorno de personalidade residual (Winokur e Crowe, 1975). Assim, os transtornos de personalidade podem, às vezes, ser vistos como formas leves dos transtornos clínicos, e também podem ser precursores destes. Os transtornos de personalidade exibem co-morbidade específica e ocorrência familiar com transtornos clínicos e outros transtornos de personalidade. Portanto, os transtornos clínicos e os de personalidade podem ser vistos como pertencentes a um espectro que pode ter um componente genético (ver Tabela 6.2). Os estudos para a Tabela 6.2 têm diferentes pontos de

*N. de R.T.: *Proband*, em inglês.

referência para transtornos dos Grupos A e B (ver a Subseção seguinte, Classificação dos transtornos de personalidade, para uma descrição dos três grupos de transtornos de personalidade especificados no DSM-IV-TR). Para o Grupo A, os indivíduos-índice* têm os transtornos listados em Ocorrência Familiar, na coluna 3. Por exemplo, indivíduos-índice com esquizofrenia crônica ou transtorno delirante, tipo paranóide, têm uma ocorrência maior de transtorno de personalidade paranóide entre seus parentes biológicos de primeiro grau. Contudo, para os indivíduos-índice de transtorno de personalidade esquizotípica, também conhecemos a co-morbidade em parentes de primeiro grau. Os estudos de famílias do Grupo B começam com os indivíduos-índice que têm um transtorno de personalidade listado na coluna 1. Por exemplo, indivíduos-índice com transtorno de personalidade anti-social têm parentes de primeiro grau com transtorno de personalidade anti-social, transtorno de somatização (em mulheres) e transtornos relacionados a substâncias. Para os transtornos de personalidade histriônica e narcisista (Grupo B) e todos os transtornos do Grupo C, não há estudos de famílias listados no DSM-IV-TR. A Tabela 6.2 esclarece que os indivíduos-índice com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva têm, como co-morbidade, transtornos de humor e de alimentação, mais do que transtorno obsessivo-compulsivo. Entretanto, pacientes com um transtorno de ansiedade, incluindo o obsessivo-compulsivo, também podem ter parentes de primeiro grau com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Em uma entrevista psicodinâmica, é importante investigar essas relações.

As pesquisas recentes sobre a ligação entre transtornos psiquiátricos específicos e transtornos de personalidade são incompletas e têm produzido resultados complexos e parcialmente contraditórios (Fulton e Winokur, 1993; Eppright e cols., 1993; Lilienfeld e cols., 1986; Gunderson e Sabo, 1993; Thaker e cols., 1993; Southwick e cols., 1993). Vários desses estudos incluem dados da história familiar para decidir se certos transtornos psiquiátricos específicos do Eixo I se congregam nas famílias de pacientes com certos transtornos de personalidade (Black e cols., 1993). A personalidade paranóide, por exemplo, pode pertencer fenomenologicamente ao espectro da esquizofrenia, tipo paranóide, e do transtorno delirante. A força da ligação genética aguarda mais estudos (Fulton e Winokur, 1993). Uma revisão da literatura atual está além dos objetivos deste livro.

Classificação dos transtornos de personalidade

Os transtornos de personalidade podem ser classificados por uma má adaptação em situações sociais e interpessoais que afetem duas ou mais áreas (Tabela 6.3):

Tabela 6.2 Transtornos de personalidade: co-morbidade e ocorrência familiar

Transtorno de personalidade (prevalência na população geral)	Transtornos co-mórbidos	Ocorrência familiar (parentes biológicos em primeiro grau)
Grupo A Paranóide (0,5 a 2,5%)	Transtorno psicótico breve Transtorno delirante Esquizofrenia Depressão maior Agorafobia Transtornos obsessivo-compulsivos Abuso de álcool Abuso de substâncias Transtornos de personalidade do Grupo A Transtorno de personalidade <i>borderline</i> Transtorno de personalidade narcisista Transtorno de personalidade esquiva	Os indivíduos-índice com esquizofrenia crônica ou transtorno delirante, tipo persecutório, têm maior ocorrência de transtorno de personalidade paranóide
Esquizóide (desconhecida)	Episódios psicóticos breves Transtorno delirante Esquizofrenia Depressão maior	Os indivíduos-índice com esquizofrenia ou transtorno de personalidade esquizotípica têm maior ocorrência de transtorno de personalidade esquizóide
Esquizotípica (3%)	Transtornos de personalidade do Grupo A Transtorno de personalidade esquiva Episódios psicóticos breves Transtorno esquizofreniforme Transtorno delirante Esquizofrenia Depressão maior Transtornos de personalidade do Grupo A Transtorno de personalidade <i>borderline</i> Transtorno de personalidade esquiva	Esquizofrenia (indivíduos-índice)
Esquizotípica (indivíduos-índice)		Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
Grupo B Anti-social (indivíduos-índice) (homens: 3%; mulheres: 1%)	Jogo patológico Transtorno do controle dos impulsos Transtornos relacionados a substâncias Transtornos de ansiedade Transtornos depressivos Transtorno de somatização Outros transtornos do Grupo B Transtorno de conduta de início precoce com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade Transtornos relacionados a substâncias	Transtorno de personalidade anti-social Transtorno de somatização Transtorno relacionado a substâncias
<i>Borderline</i> (indivíduos-índice) (2%)	Bulimia nervosa	Transtorno de personalidade <i>borderline</i> Transtorno de personalidade anti-social

(continua)

Tabela 6.2 Transtornos de personalidade: co-morbidade e ocorrência familiar (continuação)

Transtorno de personalidade (prevalência na população geral)	Transtornos co-mórbidos	Ocorrência familiar (parentes biológicos em primeiro grau)
Borderline (indivíduos-índice) (2%) (continuação)	Transtorno de estresse pós-traumático	Transtornos relacionados a substâncias
	Transtornos de humor	Transtornos de humor
	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	
	Outros transtornos de personalidade	
Histriônica (2 a 3%)	Transtorno de somatização	Não há dados
	Transtorno conversivo	
	Transtorno depressivo maior	
	Outros transtornos do Grupo B	
	Transtorno de personalidade dependente	
Narcisista (< 1%)	Transtorno distímico	Não há dados
	Transtorno depressivo maior	
	Anorexia nervosa	
	Transtornos relacionados a substâncias	
	Outros transtornos do Grupo B	
	Transtorno de personalidade paranóide	
Grupo C		
Esquiva (0,5 a 1%)	Transtornos de humor	Não há dados
	Transtornos de ansiedade, especialmente fobia social	
	Transtornos de personalidade do Grupo A	
	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>	
	Transtorno de personalidade dependente	
Dependente (desconhecida)	Transtornos de humor	Não há dados
	Transtornos de ansiedade	
	Transtorno de ansiedade de separação	
	Transtorno de adaptação	
	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>	
	Transtorno de personalidade esquiva	
	Transtorno de personalidade histriônica	
Obsessivo-compulsiva (1%)	Transtorno de ansiedade (indivíduos-índice)	Não há dados
Obsessivo-compulsiva (indivíduos-índice)	Transtornos de humor	Não há dados
	Transtornos da alimentação	

1. Cognição
2. Funcionamento interpessoal
3. Afetividade
4. Controle dos impulsos

O DSM-IV-TR classifica os transtornos de personalidade em três grupos. O primeiro, ao qual nos referimos

como o *Grupo A*, inclui os transtornos de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica. As pessoas com esses transtornos costumam parecer estranhas ou excêntricas. O segundo, denominado *Grupo B*, inclui os transtornos de personalidade anti-social, *borderline*, histriônica e narcisista. O terceiro, referido como *Grupo C*, agrupa os transtornos de personalidade esquiva, dependente e ob-

sessivo-compulsiva. Quando diagnosticar um transtorno de personalidade, decida qual grupo se adapta melhor ao comportamento do paciente utilizando a Tabela 6.3 e respondendo a três perguntas:

1. O paciente tende a ser isolado por causa de seu comportamento socialmente frio, desconfiado ou estranho?
2. Ele se impõe aos outros, é dramático e autocentrado?
3. Tem medo dos outros, é ansioso, submisso ou resstrito?

Grupo A: Durante a entrevista, o paciente parece desconfiado, embotado, esquisito ou excêntrico. Ele pode lhe contar que os outros pensam que ele é um solitário, inacessível, difícil de se chegar a conhecer e fácil de ignorar ou desconhecer. Ele pode ser descrito como indigno de confiança, estranho e "biruta".

Durante a entrevista, pergunte ao paciente que mostra percepções paranóides se ele tem amigos em quem pode confiar, ou se é fácil para ele se abrir com os outros. Ele pode responder que não pode confiar em ninguém, corroborando, assim, sua impressão de uma personalidade paranóide.

Pergunte ao indivíduo que parece embotado e desinteressado se ele é habitualmente não-emocional ou desinteressado dos sentimentos das outras pessoas. Ele pode responder que tem tantos sentimentos quanto o computador com o qual joga os seus jogos, qualificando-se, portanto, para o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizóide.

Pergunte ao paciente com experiências fora do corpo, crenças supersticiosas, esquisitices na maneira de se vestir ou reações peculiares, se ele experimentou a percepção extra-sensorial. Suas experiências vividamente descritas o ajudarão a estabelecer o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica.

Grupo B: Tal paciente parece emocionalmente lábil ou mostra respostas excessivamente emocionais durante a entrevista, podendo relatar que perde a cabeça com facilidade e que os outros o chamam de instável e errático. Pode dizer que não consegue estabelecer relacionamentos estáveis. Verifique a cronicidade desses comportamentos. Pergunte:

"Você parece ser uma pessoa muito emotiva."

"Parece que você tem sentimentos mais fortes do que os outros."

"Você acha que ser mais emotivo afeta seu relacionamento com outras pessoas?"

A maioria dos indivíduos com transtorno de personalidade do Grupo B vai concordar com suas percepções. Depois de estabelecer a hiperemocionabilidade, avalie as características que diferenciam os transtornos deste grupo entre si.

As ações ilegais e violentas iniciadas nos anos da adolescência apontam para o diagnóstico de personalidade anti-social. Esse transtorno é mais comum em homens. As mudanças rápidas de humor (com ou sem história de transtorno bipolar), automutilação, tentativas de suicídio ou mesmo experiências psicóticas breves ocorrendo durante estresse podem indicar uma personalidade *borderline*. As mulheres referem sintomas somáticos sem explicação, múltiplos e exagerados de ocorrência frequente mais do que os homens. Esses sintomas envolvem menstruação, atividade sexual e o abdômen. Tais queixas podem sugerir o diagnóstico de personalidade histriônica.

Um comportamento egocêntrico e grandioso, com pouca consideração pelos outros, pode prognosticar uma personalidade narcisista. Foram observadas semelhanças entre os perfis sintomáticos desses transtornos de personalidade com o transtorno de somatização e o transtorno bipolar cicladador rápido.

Grupo C: Um paciente do Grupo C parece ansioso, disfórico, fóbico ou obsessivo durante a entrevista. Para diferenciar os transtornos neste grupo, procure pelas seguintes características:

- Se ele é tímido, mede as palavras, pede por reassurimento ou fala alto com relutância, considere a personalidade esquiva.
- Se é adesivo, demasiadamente dependente, sempre exigindo cuidados ou convidando à agressão, considere a personalidade dependente.
- Se parece perfeccionista, tenta ser preciso, incomoda-se com as situações não-estruturadas, considere a personalidade obsessivo-compulsiva.

Transtornos de personalidade sem outra especificação (SOE): Às vezes, um paciente mostra uma variedade de respostas patológicas, dependendo da situação social. Ele pode mostrar um comportamento dependente em relação a figuras de autoridade, um comportamento exigente obsessivo em relação aos subordinados e tendências passivo-agressivas em relação aos colegas. É aí que o diagnóstico se torna complexo. O DSM-IV-TR permite-lhe atribuir mais de um diagnóstico de personalidade. Essa regra transforma a tipologia em uma abordagem multidimensional.

A Tabela 10.1, no Capítulo 10, lista os critérios do DSM-IV-TR para 10 transtornos de personalidade. Ela

também pode ser usada para identificar características de transtornos de personalidade, incluindo aqueles que têm características de mais de um transtorno de personalidade específico.

Os transtornos de personalidade SOE também podem ser usados para aqueles transtornos, no DSM-IV-TR, que ainda necessitam de mais estudos, tais como os transtornos de personalidade depressiva e passivo-agressiva (negativista). Além disso, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) considerava os transtornos de personalidade sádica e autodestrutiva como entidades possíveis. Esses quatro transtornos de personalidade estão listados na Tabela 6.3.

Problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV)

A queixa principal pode refletir um problema psicossocial. Luísa é uma dona-de-casa, de 48 anos, mãe de três filhos. Ela se queixa das dificuldades para lidar com seu marido. Ele é demasiadamente exigente, a pressiona demais e não tem compreensão para com seus sentimentos. Até há uns poucos meses ela conseguia dar conta das suas exigências, mas ultimamente tem-se sentido asobrecada por elas. Relata também que não ama mais seus filhos, porque eles são muito rebeldes.

Um tal conflito interpessoal pode ser um transtorno clínico, um transtorno de personalidade, uma reação de adaptação ou um problema psicossocial. Verifique todas as quatro possibilidades.

Inicialmente, examine se o conflito interpessoal é a expressão de um transtorno clínico. Tente traduzir o conflito em sintomas, ignorando temporariamente o conteúdo da queixa e enfocando, em vez disso, a atenção nas funções psíquicas perturbadas. Faça sondagens à procura de sintomas como irritabilidade, baixa de energia, diminuição do impulso sexual e retraimento social. Então, busque achados característicos que estejam associados a esses sintomas. Por exemplo, pergunte sobre o abuso recente de substâncias, sentimentos depressivos expressos em crises de choro, acessos de desesperança, culpa ou distúrbio do apetite e do sono. Descubra se a paciente tem compulsões ou pensamentos obsessivos que a tornem demasiadamente rígida para lidar com sua família, ou sintomas somáticos que atraiam sua atenção para problemas físicos e a privem da paciência necessária para lidar com sua família. Se você consegue traduzir os problemas psicossociais da paciente em sintomas essenciais de um transtorno clínico, persista na investigação desse transtorno preferencialmente à investigação de um transtorno de adaptação.

Examine se o problema psicossocial é causado por um transtorno de personalidade. Se o problema recor-

reu ao longo da vida, descubra se surgiu de um déficit na capacidade de enfrentamento ao lidar com certas situações, tais como viver com independência, fazer e manter contato com as pessoas ou estabelecer relacionamentos estáveis. Um déficit recorrente ao longo da vida na capacidade de enfrentamento aponta para um transtorno de personalidade.

Considere um transtorno de adaptação se você encontrar um único episódio estressor seguido de alguns sintomas psiquiátricos, desde que possa, primeiro, excluir os transtornos clínicos e de personalidade. De fato, a prevalência dos transtornos de adaptação está fortemente ligada a fatores ambientais. Na população geral, ela é de 2 a 8%. Em serviços de internação hospitalar, é de 12%. Em serviços de saúde mental ambulatoriais, é de 10 a 30%. Em populações de pacientes que sofreram um estressor específico, como cirurgias cardíacas, é de 50%. O prognóstico desse transtorno é pior para os pacientes que têm uma condição co-mórbida, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, especialmente os mais jovens. Nesses pacientes, o transtorno de adaptação pode progredir até se tornar um transtorno mental mais grave.

Se o conflito interpessoal não pode ser explicado por um transtorno clínico, de personalidade ou de adaptação, considere a hipótese de um problema psicossocial sem um transtorno psiquiátrico, uma condição que se torna o foco de tratamento devido a suas qualidades perturbadoras da vida do paciente:

- problemas acadêmicos
- comportamento anti-social na idade adulta
- luto
- funcionamento intelectual limítrofe
- comportamento anti-social na infância ou na adolescência
- transtornos factícios
- não-aderência a tratamento
- problemas ocupacionais
- outras condições que podem ser foco de atenção clínica
- outros problemas interpessoais
- outras circunstâncias específicas da família
- problemas na relação pais e filhos
- problemas relacionados a fases específicas da vida

O DSM-IV-TR propõe nove categorias de problemas psicossociais e ambientais. Esses problemas podem ter efeitos dramáticos nos pacientes de vários modos diferentes. Podem afetar o diagnóstico, o tratamento ou o prognóstico dos transtornos do Eixo I e do Eixo II. Alguns exemplos de problemas psicossociais e ambientais incluem: problemas de família, morte de uma pessoa significativa ou de um filho, abuso infantil ou sexual, dificuldade de aculturação, analfabetismo, pobreza extrema,

Tabela 6.3 Transtornos de personalidade como padrões mal adaptativos de cognição, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos/afetividade

Transtorno de personalidade	Situação	Cognição	Funcionamento interpessoal	Controle dos impulsos/afetividade
Grupo A				
Paranoide	Relações interpessoais próximas	"As pessoas se aproximam furtivamente de mim e me prejudicam."	Distância cautelosa, manobra reservada; solitário; maquinador, propenso a contra-atacar	Desconfiado, ciumento, irado, hipervigilante
Esquizoide	Relações interpessoais próximas	"As pessoas não significam nada para mim."	Evita envolvimento social	Frio, rígido, distante, ativo
Esquizotípica	Relações interpessoais próximas	"Os outros têm intenções especiais mágicas."	Imagina o amor ou a rejeição sem evidências	Excitação inadequada, ativez hostil
Grupo B				
Anti-social	Padrões e regras sociais	"As regras me limitam de satisfazer minhas necessidades."	Violação das regras e dos padrões sociais e da lei	Impulsivamente colérico, hostil, dissimulado
Borderline	Objetivos pessoais, relações próximas	"Os objetivos são bons; não, não são; as pessoas são ótimas, não, não são."	Objetivos cambiantes, relações ambivalentes	Humor e afeto lábil
Histriônico	Relações heterossexuais	"Tenho que mostrar emoções intensas para impressionar."	Fleitar, demonstrações exageradas, emoções não-genuínas	Excitado por respostas positivas, disfarçado por respostas negativas
Narcisista	Avaliação do self	"Eu sou a única pessoa que conta."	Centrado em si mesmo, espera reconhecimento sem contribuição	Lábil, grandioso, sentimentos esvaziados
Grupo C				
Esquivo	Relações interpessoais próximas; apresentações públicas	"As pessoas me rejeitam e me criticam."	Evita e foge de apresentar-se publicamente	Ansioso, retraído
Dependente	Autoconfiança, estar só	"Eu odeio estar só."	Abrir mão dos próprios objetivos para se apegar aos outros (pais)	Ansioso, em pânico
Obsessivo-compulsivo	Relacionamentos próximos, situações não-estruturadas, autoridade	"Minhas regras devem prevalecer, a incerteza é assustadora; os sentimentos podem interferir com o pensar."	Restrição emocional, rígido, irado se as regras são quebradas; desafio da autoridade	Ansioso, irado, ressentido

(continua)

Tabela 6.3 Transtornos de personalidade como padrões mal adaptativos de cognição, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos/afetividade (continuação)

Transtorno de personalidade	Situação	Cognição	Funcionamento interpessoal	Controle dos impulsos/afetividade
Transtornos de personalidade sem outra especificação (SOE)				
Depressivo	Auto-imagem, atitude em relação aos outros	"Sou inadequado e sem valor. Os outros também não me ajudam."	Autodepreciativo, crítico e propenso a julgar os outros	Pessimista, cheio de remorso
Passivo-agressivo (negativista)	Prazos, exigências de desempenho	"Eles importunam minha liberdade, mas é perigoso resistir abertamente."	Procrastinação, quebra de compromissos	Anisioso, irado, ressentido
Sádico	Fraco, pessoas dependentes	"Eu preciso mostrar a eles quem é que manda; eu posso fazê-los comer merda."	Cruel, atos restritivos contra pessoas indefesas	Prazer derivado do sofrimento dos outros
Autodestrutivo	Situações e relacionamentos difíceis de dominar	"Eu tenho que suportar a privação e a adversidade para me mostrar digno de valor."	Cria ou entra em situações que prometem privação ou adversidade	É condescendente com o sofrimento

problemas no trabalho ou desemprego em geral e problemas legais (quer como réu, quer como vítima). Estes podem ser descritos como "problemas do viver" ou "estressores externos". Estressores agudos e graves são habitualmente apontados como queixa principal:

"Meu filho cometeu suicídio e, depois que isso aconteceu, choro todo o tempo, não me importo mais com a minha filha e estou irritável com meu marido."

Os pacientes também enfocam os estressores em vez das próprias reações a eles, quando se espera que o impacto do golpe do estressor se dê no futuro:

"Meu marido me disse que quer o divórcio."

"Minha filha tem um namorado e eu temo que eles venham a se casar em breve. Ele é militar e espera-se que vá para a Alemanha. Já que ela é minha única filha, e eu sou viúva, não vai sobrar nada para mim além do meu canário de estimação."

Se alguém fala sobre um estressor como a causa de seus problemas psiquiátricos, então é importante investigar a relação entre o estressor e o transtorno (Zimmerman e cols., 1985). Nesse caso, os problemas psicossociais e ambientais do Eixo IV podem dar origem a um transtorno de adaptação do Eixo I, mostrando, assim, uma relação de causa e efeito.

Um problema psicossocial ou ambiental (estressor) pode estar relacionado a um transtorno psiquiátrico de cinco maneiras diferentes: 1) como marcador temporal, 2) como amplificador de sintomas, 3) como consequência do transtorno, 4) como desencadeante ou 5) como causa do transtorno.

Se um paciente afirma que um estressor é a fonte de seu sofrimento, a premissa mais conservadora será duvidar dessa explicação e assumir que o estressor seja somente um acontecimento memorável que coincide de alguma forma com o início do transtorno psiquiátrico; em outras palavras, um tal estressor seria um *marcador temporal*.

Para aceitar um estressor como mais do que isto, você deve ir além da descrição. Aceitá-lo como causa é uma interpretação que não pode ser provada com certeza. Eis aqui o que você pode fazer: excluir a possibilidade de que o tal estressor seja meramente o resultado do transtorno psiquiátrico, em vez de sua causa, como, por exemplo, um amplificador do impacto ou uma consequência do transtorno. Você também deve excluir um estressor vital como um mero desencadeante, antes de admiti-lo como uma verdadeira causa (compare no Glossário, *estressor*).

Reação mal adaptativa

Depois de haver investigado a natureza do estressor, avalie a reação mal adaptativa. Essa pode se manifestar

de duas maneiras: no comportamento e por meio dos sintomas. Quanto ao comportamento, o paciente pode mostrar um declínio no seu funcionamento ocupacional, nas suas atividades sociais ou no seu relacionamento com as outras pessoas. Sintomaticamente, o paciente pode referir sintomas e mostrar sinais em excesso em relação ao que você normalmente esperaria como reação ao estresse.

O DSM-IV-TR lista seis reações mal adaptativas como parte dos transtornos de adaptação, tal como se segue: com ansiedade, com humor depressivo, com perturbação de conduta, com um misto de perturbação de emoções e de conduta, com um misto de ansiedade e humor deprimido e SOE. Estados mistos entre eles também podem ocorrer. A reação deve ser limitada no tempo e não persistir além dos seis meses; do contrário, deve-se fazer um diagnóstico diferente de uma reação de adaptação.

Os transtornos de adaptação estão associados a tentativas de suicídio, suicídio, abuso de substâncias e queixas somáticas. Eles podem causar a não-aderência ao tratamento de uma condição médica geral.

Regra dos três meses

O DSM-IV-TR exige que você demonstre uma relação temporal, mas não uma causalidade, entre o estressor e a resposta. A reação mal adaptativa deve ocorrer dentro de três meses a partir do estressor e não persistir por mais de seis meses. Essa regra arbitrária exclui os transtornos psiquiátricos que surgem após um ano da ocorrência de um estressor (reação de aniversário) ou mais.

Exclusão de transtornos clínicos

Os sintomas das reações de adaptação se assemelham àqueles dos transtornos de depressão maior, dos transtornos de ansiedade e dos transtornos de personalidade anti-social, respectivamente. A história do paciente e de sua família e o exame do estado mental vão distingui-los. Exclua como reação de adaptação os transtornos psiquiátricos que preencham os critérios para quaisquer outros transtornos dos Eixos I ou II do DSM-IV-TR. A percepção do paciente da causalidade psicológica entre estressor e resposta então se torna irrelevante para o diagnóstico, mas, obviamente, não para o tratamento do transtorno.

Aceitar um número insuficiente de sintomas depressivos como parte de uma reação de adaptação em vez de transtorno depressivo maior SOE se torna plausível quando o indivíduo não tem nem uma história pessoal nem uma história familiar de transtorno do humor e quando

o perfil sintomático é distinto daquele de um transtorno do humor; por exemplo, se o paciente fica distraído e deprimido somente quando é lembrado do estressor, não tem sintomas vegetativos (como anorexia ou acordar cedo pela manhã) e chora e exige demonstrações de segurança, em vez de estar emocionalmente retraído.

Alguém com transtorno de personalidade pode, sob estresse, desenvolver sintomas. Certifique-se de que a resposta mal adaptativa não é somente uma ativação do transtorno de personalidade preexistente. Por exemplo, um paciente com transtorno de personalidade anti-social pode, sob estresse, cometer atos contra a lei ou negligenciar o trabalho e a família; o indivíduo com transtorno de personalidade dependente (que pode ser mais comum em mulheres) pode tornar-se disfórico quando abandonado; e aquele com um transtorno de personalidade esquiva pode se tornar ansioso se lhe for solicitado que apareça em público. Tais respostas são exacerbações do transtorno de personalidade subjacente, mas não são indicações de um transtorno de adaptação.

Transtornos sem outra especificação (SOE)

Quando um paciente relata um sintoma único, tente ligá-lo a um sintoma essencial de um transtorno clínico. Uma maneira eficaz é perguntar:

"Quando você tem o sintoma X, que outros problemas você observa?"

Ele pode responder com:

"Quando eu tenho minhas dores nas costas, acor-do muito cedo e me sinto estragado o dia inteiro. Simplesmente me sento por aí e não quero fazer nada, e espero que ninguém venha me incomodar. Você não se sentiria do mesmo jeito se tivesse uma dor assim?"

Essa resposta mostra como um paciente frequentemente forma uma opinião sobre sua doença, explica um conjunto de sintomas pela presença de outros e relata apenas o sintoma "causal". Esse paciente pode ter um transtorno afetivo no qual a dor lombossaca se torna o conteúdo do pensamento. Se você consegue parear o sintoma relatado com um sintoma essencial, consegue identificá-lo como um possível sintoma associado para um transtorno clínico.

Se não conseguir trazer à tona outros sintomas associados, investigue a *gravidade* do sintoma: o paciente precisa pensar nele constantemente, evita outras pessoas por causa dele ou o seu casamento tem sido afetado pelo sintoma? Em caso afirmativo, siga adiante na investigação do sintoma.

Sinais e sintomas isolados são frequentemente físicos, como cefaléia, tontura e dor nas costas sem outra explicação. Existem compulsões isoladas, como lavar as mãos, contar, não pisar nas rachaduras; delírios monossintomáticos como maus odores (habitualmente genitais), mau-olhado, infestação da pele por organismos não-identificáveis ou ser secretamente amado por uma pessoa importante (eretomania); e perturbações isoladas do humor, como queixas constantes, disforia crônica ou tolice.

Eis aqui um exemplo de delírio isolado.

D. Tereza é uma mulher de 49 anos, branca, casada, que acompanha seu marido com transtorno bipolar até a clínica. Ela pede para falar a sós com o médico.

- M: D. Tereza, a senhora queria falar comigo sobre o tratamento do seu marido?
 P: É isso mesmo. Quero informá-lo das coisas terríveis que o senhor tem feito a ele.
 M: Vamos, me conte que eu quero ouvir.
 P: Desde que meu marido começou com o lítio, ele sua terrivelmente. O sal de lítio deve estar no seu suor, pois destrói os meus lençóis.
 M: Que interessante! Nunca ouvi nada assim antes. Conte-me mais sobre isso.
 P: Eu também sou alérgica ao lítio. Não consigo chegar perto dele por causa do lítio. Nós não fazemos sexo desde que ele começou com o lítio.
 M: A senhora notou qualquer outra alteração em si desde então?
 P: Não, de fato, não. Nada que eu possa me lembrar...
 M: Alguma mudança no seu sono, apetite ou sensação geral de bem-estar?
 P: Ah, não. Nada destas coisas.
 M: Como é que a senhora vai indo com o seu trabalho?
 P: Tudo bem. Tenho um emprego de que gosto e dou conta do meu trabalho de casa. Meu marido me diz que boa dona-de-casa eu sou.
 M: Poderia me contar de sua vida social?
 P: Nós pertencemos a um grupo da igreja, jogamos *bridge* regularmente com amigos, eu tenho uma amiga e meu marido tem seus próprios amigos, que vêm nos ver.
 M: O que a senhora fez a respeito da medicação do seu marido?
 P: Mandei verificar o nível do meu próprio lítio. Também mandei a roupa de cama para um laboratório para análise e conversei com várias companhias de medicamentos que preparam lítio.
 M: E aí? Algum resultado?
 P: A resposta típica. Ninguém parece querer se comprometer. Meu próprio nível é de 0,0025.
 M: A senhora acha que eles estão querendo enganá-la?

P: Ah, não. Eles simplesmente não sabem. E, por falar nisso, a verdadeira razão pela qual eu queria falar com o senhor é para lhe pedir para parar com o lítio. Ouvi falar de um programa experimental que está em andamento com uma nova droga. Quero que o senhor inclua o meu marido nesse programa, de maneira que possamos ter uma vida normal novamente.

A entrevista diagnóstica com D. Tereza não revelou outras psicopatologias além de seu delírio monossintomático — ela não tinha outros delírios ou alucinações nem história de abuso de substâncias ou de sintomas conversivos. Seu afeto era adequado e de amplitude normal. Mantinha um contato visual normal e suas funções intelectuais e de memória estavam intactas.

Para o diagnóstico de um sinal ou sintoma isolado, determine, em primeiro lugar, se ele é, de fato, isolado; em segundo lugar, se representa um transtorno do pensamento, do humor ou de uma função somática e, em terceiro, qual código o classifica melhor como um transtorno atípico (SOE): transtorno psicótico, do humor, de ansiedade, somatoforme ou dissociativo.

Verificação de transtornos não-investigados

Depois de haver verificado algumas impressões diagnósticas iniciais e excluído outras, você ficou com uma lista de transtornos psiquiátricos não investigados ou por investigar — a lista nº 3. Lembre-se de que a queixa principal reflete somente aquilo sobre o que o paciente escolheu e decidiu falar. Portanto, para ser abrangente, você tem que ir além dos limites da queixa principal e do que o paciente decidiu voluntariamente lhe declarar. Utilize uma abordagem orientada pelos transtornos e examine os sintomas essenciais que o paciente não refere. Você pode se surpreender com o que encontrar.

Raquel, uma mulher negra, de 27 anos, apresentava afeto deprimido.

- P: Estou com cinco meses de gravidez. Enquanto economizo para o nosso bebê, meu marido gasta todo o dinheiro dele nas corridas. Não agüento mais.
 M: Você deve estar mesmo muito decepcionada.
 P: É melhor acreditar. Choro por horas a fio.
 M: Há quanto tempo isso vem acontecendo?
 P: Meu marido sempre trabalhou muito, mas, desde que fiquei grávida do nosso segundo filho, ele ficou pior. Agora até passa a noite fora de casa.
 M: Você parece se sentir empastada, engasgada.
 P: Engasgada e desesperada. Não consigo dormir, perdi o apetite, não tenho vontade de falar com ninguém.

O entrevistador se sentiu muito empático e protetor para com a paciente e, no restante da entrevista, permaneceu dentro dos limites de suas queixas espontâneas. A sua lista de possibilidades incluía: transtorno de adaptação com humor depressivo; transtorno depressivo maior e transtorno bipolar, com episódio mais recente tipo depressivo.

Dois dias após a entrevista, a tia da paciente telefonou. Ela se queixava:

"A minha sobrinha ainda está bebendo como um gambá. Bota o marido para fora de casa. Esse pobre sujeito vem tolerando que ela vem bebendo nos últimos três anos. Não há nada que o senhor possa fazer a respeito disso?"

Raquel nunca mencionou o fato de beber ou outro abuso de substância durante a entrevista. Quando o entrevistador confrontou Raquel com a preocupação de sua tia, ela admitiu com relutância que bebia, mas alegou que o marido estava exagerando. No entanto, o entrevistador havia cometido o erro de se restringir à queixa principal inicial da própria paciente. Ele nunca construiu uma lista nº 3 e muito menos chegou a avaliá-la criticamente.

Faça um rastreamento de transtornos clínicos ocultos, perguntando por seus sintomas essenciais (Tabela 6.1), especialmente por problemas de memória, uso de substâncias, problemas físicos, "ataques" e comportamento de evitação. Para rastrear transtornos de personalidade, pergunte ao paciente se teve uma vida dura e se entrou em situações difíceis de lidar.

3. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Personalidade pré-mórbida

A avaliação da personalidade pré-mórbida serve a três funções na entrevista clínica:

1. É a linha de base para o funcionamento atual do paciente. Pergunte a ele e aos familiares em que medida está afastado do seu "self normal".
2. Corrobora o diagnóstico, já que alguns transtornos psiquiátricos estão associados a aspectos pré-mórbidos específicos. Por exemplo, os pacientes com transtorno bipolar podem apresentar traços ciclotímicos, enquanto aqueles com esquizofrenia costumam mostrar um comportamento estranho e são socialmente isolados antes do início do transtorno. Se o diagnóstico e a personalidade pré-mórbida não combinam, reconsidere seu diagnóstico.
3. Estabelece o objetivo terapêutico além do qual é pouco provável que o tratamento possa produzir uma melhora.

A técnica para avaliar o curso de um transtorno psiquiátrico, isto é, início, duração e gravidade, vai diferir se você estiver lidando com um transtorno clínico ou de personalidade.

Curso dos transtornos clínicos

Quando você investiga à procura do início de um transtorno clínico, comece com perguntas do tipo:

"Quando você experimentou esses problemas pela primeira vez?"

"Quando foi a primeira vez na sua vida que você teve problemas como esse?"

"Você se lembra de quando foi que experimentou isso pela primeira vez?"

Verifique se o transtorno atual pode ter ocorrido sob uma forma diferente. O paciente que tem um transtorno depressivo atual pode ter começado com sintomas maníacos, aquele com um transtorno esquizoafetivo pode ter tido apenas humor deprimido ou irritável, e alguém com esquizofrenia pode ter apresentado sintomas predominantemente paranóides ou catatônicos. O entrevistado pode não considerar essas diferentes manifestações como parte de seu transtorno atual. Se assim for, eduque-o a respeito da conexão entre os problemas passados e os atuais para facilitar a comunicação.

Juntamente com a avaliação do início, faça perguntas do tipo:

"Até que idade você não teve nenhum tipo de problemas?"

Uma discrepância entre a idade relatada como do início do transtorno e a idade até a qual o paciente se sentia saudável pode ocorrer em transtornos de início insidioso ou com estado prodromático.

Sr. Steve M., um homem branco, solteiro, de 27 anos, empregado de uma loja de doces, apresenta um intervalo entre o final do período de seu estado de bem-estar mental e o início da doença.

M: Quando todos esses problemas começaram?

P: Ah, quando eu estava mais ou menos com 21 anos. Fiquei muito deprimido, ouvia vozes e tinha medo das mulheres.

M: Hmm.

P: E de lá para cá parece que sempre piorou.

M: Até que idade você acha que estava completamente bem e não tinha nenhum desses problemas?

P: Até os 17.

M: 17?

P: Sim. Eu me lembro de que eu gostava de sair e fazia bastante sucesso com as garotas. Elas pareciam gostar de mim.

M: Então, o que aconteceu entre os 17 e os 21?

P: Não sei... alguma coisa... eu notei primeiro no trabalho.

M: O que é que você quer dizer?

P: Achava que as pessoas no trabalho não gostavam de mim.

M: Como é que você sabia disso?

P: Eles falavam pelas minhas costas. Eu sempre tinha a sensação de que estavam rindo de mim.

M: Do que é que eles estariam falando?

P: Não sei, mas eu pensava que eles achavam que eu era bicha ou uma coisa desse tipo. Eu os ouvi dizer qualquer coisa sobre "outro daqueles homossexuais". Eu fingia que não notava. Mas, na verdade, não me sentia à vontade para sair com eles. Sempre sentia que tinha que fingir.

M: Você ouvia vozes naquela época?

P: Não, acho que não. Mas eu pegava os comentários que esses caras faziam.

Esta entrevista exemplifica como as perguntas:

"Quando a sua doença começou?"

"Quando foi a última vez em que você se sentiu com saúde?"

revelam o período entre o fim da saúde e o início da doença. Essa abordagem vai ajudá-lo a decidir se o início foi insidioso ou agudo. Examine em que extensão o transtorno clínico interfere no funcionamento psicossocial do paciente, assim como mostramos anteriormente.

A duração de um transtorno clínico pode variar desde algumas semanas até a vida inteira, e a gravidade dos sintomas (o curso da doença) pode ser crônico estacionário, crônico progressivo (frequentemente com exacerbações), episódico ou vacilante. As remissões podem ser completas ou não, deixando o paciente com sintomatologia residual ou déficit funcional (Figura. 6.1). Por exemplo, um ano após o início do transtorno, 40% dos pacientes com depressão maior ainda estão deprimidos, 40% se recuperaram e 20% têm alguns sintomas depressivos. Os fatores de risco para um prognóstico pior incluem transtorno distímico preexistente, a gravidade do episódio depressivo maior inicial, co-morbidade com uma condição médica geral e dependência de substâncias, especialmente de álcool e cocaína. Os sintomas de alguns transtornos cognitivos, alguns transtornos relacionados a substâncias e esquizofrenia podem mostrar uma piora característica. Os sintomas do transtorno de personali-

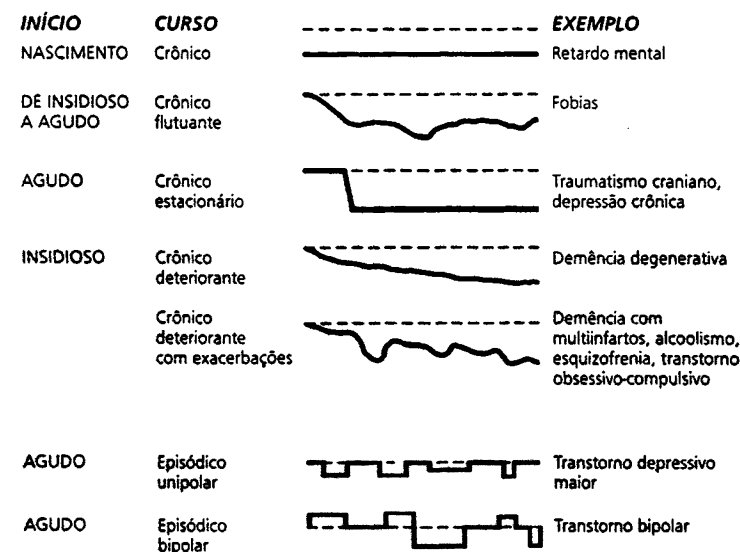


Figura 6.1 Curso natural de vários transtornos psiquiátricos. Linhas pontilhadas, normal.

dade anti-social podem apresentar uma melhora gradual ao longo da vida devido a um efeito de "desgaste". Os sintomas do transtorno de pânico, de somatização e obsessivo-compulsivo mostram um curso crônico com exacerbações, especialmente se não forem tratados.

Ajude o paciente que não consegue se concentrar para observar sua doença por meio de uma abordagem gráfica. Desenhe uma linha horizontal do tempo e pergunte-lhe:

"Se esta linha representa a sua vida, o início representa o seu nascimento e o fim a sua idade atual, em que ponto dela você acha que começou a se sentir incomodado pelos outros e por sua dissimulação?"

Coloque cada queixa do paciente em relação à sua idade atual e articule-a ao longo do eixo do tempo (ver seção "Curso", do DSM-IV-TR, para cada transtorno).

Curso dos transtornos de personalidade

Para obter informações sobre o início e a duração de um transtorno de personalidade, você precisa modificar sua abordagem. Os transtornos de personalidade são padrões de uma vida inteira de comportamentos desadaptados, que costumam ser egossintônicos. Eles se tornam perceptíveis pela primeira vez na adolescên-

cia. Você pode avaliar o início e a duração se concentrando quer na recorrência dos conflitos interpessoais, quer nos aspectos mal adaptativos da personalidade. Faça um rastreamento pregresso de um conflito que o paciente tenha relatado espontaneamente, como, por exemplo:

"Tenho problemas com o meu marido."

e identifique o papel que o transtorno de personalidade desempenha neste conflito. Os transtornos de personalidade nem sempre têm um prognóstico ruim. Em especial, dois transtornos do Grupo B, anti-social e *borderline*, melhoram durante a terceira e a quarta décadas da vida em até 50% dos pacientes. No transtorno de personalidade *borderline*, os critérios diagnósticos não são mais preenchidos num *follow-up* de dez anos. Uma melhora semelhante com a idade pode ser vista no transtorno de personalidade esqui-

O traço de personalidade

Algumas pessoas com um transtorno de personalidade reconhecem seu traço mal adaptativo de personalidade, tal como a timidez, o perfeccionismo ou a emotividade. Use essa autoconsciência para perguntar pelo início do traço de personalidade:

"Quando você percebeu pela primeira vez que era tímido, perfeccionista ou superexcitável?"

Espere uma resposta do tipo:

"Desde que eu consigo me lembrar."

Tenha presente que os traços de personalidade e os conflitos sociais são os dois lados de uma mesma moeda: os conflitos recorrentes podem expressar um traço patológico de personalidade e, por outro lado, os traços patológicos de personalidade causam conflitos interpessoais recorrentes.

Enfoque as seguintes áreas-chave para avaliar a *gravidade*: amigos, relacionamentos sexuais, vida familiar, vida de trabalho, ligações com a comunidade e atividades de lazer. Um transtorno de personalidade grave afeta as três áreas: trabalho, amor e lazer, enquanto uma forma menos grave pode ter impacto menor. Outra medida de gravidade é o número de conflitos semelhantes que o paciente tem em um ano.

História do tratamento

Os transtornos psiquiátricos mostram alguns indícios de especificidade na resposta ao tratamento com certas drogas. Portanto, uma história detalhada das terapias e das respostas obtidas anteriormente pode servir a, pelo menos, três propósitos:

1. Pode auxiliar a reconstruir que tipos de diagnósticos outro psiquiatra pode haver considerado, se os registros não estiverem disponíveis e o paciente não lembrar dos seus sintomas. Por exemplo, ele pode relatar que recebeu 12 sessões de eletroconvulsoterapia e que foi capaz de retornar ao trabalho depois da alta do hospital. Tal relato sugere que o terapeuta do paciente tenha diagnosticado um transtorno do humor.
2. Pode ajudar a identificar a responsividade a certas modalidades de tratamento. Por exemplo, Kátia refere que:

"Tomei *Elavil* por três meses e então *Norpramine** por quatro meses, e não melhorei nada. Minha mãe foi ao dr. J., que trocou a medicação dela, quando ela não respondeu, de *Elavil*** para *Paxil****. Esta droga realmente chegou a ajudá-la."

*N. de T.: Nortriptilina.

**N. de T.: Amitriptilina.

***N. de T.: Paroxetina, um antidepressivo, inibidor seletivo da recaptação de serotonina.

Não somente os transtornos mas também a resposta à medicação podem ser em parte geneticamente determinados. Considere uma tentativa de tratamento com um inibidor específico da recaptação da serotonina, como a paroxetina (*Paxil*), para uma paciente como Kátia.

3. Pode ajudar a confirmar seu próprio diagnóstico. Por exemplo, o indivíduo mostra um quadro confuso de má adaptação crônica, mas você fica impressionado com os períodos de atividade e energia crescentes seguidos de isolamento social e desconfiança. O paciente não preenche os critérios para transtorno bipolar, mas, na melhor das hipóteses, apresenta uma combinação de transtorno de personalidade e transtorno do humor SOE. Você decide tratá-lo com lítio. Dois meses mais tarde, ele refere que as brigas com sua esposa e seus filhos pararam, que foi promovido no emprego, que todos comentam como ele está calmo. Ele também lhe conta que a aparência da escrivãzinha, no seu trabalho, mudou.

"Não está mais amontoadada ou em desordem. De repente, eu resolvo as coisas à medida que elas aparecem, eu as arquivio ou jogo fora. Quatro anos de psicoterapia e muitas horas de leitura sobre como manejar o tempo não conseguiram o que essas cápsulas de lítio fizeram por mim. É surpreendente."

Uma resposta assim, mesmo não sendo específica de um tratamento, pode, em termos práticos, confirmar a sua impressão de que o paciente tem um transtorno bipolar SOE. Por tais razões, uma história pessoal e familiar de resposta ao tratamento é importante. Os tratamentos com alguma especificidade para certos transtornos estão resumidos na Tabela 6.4.

História social

Divida a história social em suas partes mórbida e pré-mórbida. Da parte pré-mórbida, avalie os marcos no desenvolvimento e os pontos mais altos no funcionamento psicossocial. Marcos como o desenvolvimento psicomotor e da linguagem, o treinamento dos esfínteres e o desempenho escolar são especialmente importantes quando a incapacidade de aprendizagem ou o retardo mental são fatores de complicação. Dedique atenção a seis áreas de desempenho escolar:

1. Lentidão de aprendizagem, tal como se observa na repetição da 1ª série, e necessidade de classes e escolas especiais indicam retardo mental ou disfunção mental persistente até a idade adulta. Verifique a presença de déficits circunscritos, tais como dislexia ou acalculia.

Tabela 6.4 Agentes psicotrópicos e sua especificidade para o tratamento de transtornos clínicos

Transtornos clínicos	Agentes psicotrópicos
Uso de álcool	Dissulfiram, naltrexona
Uso de opióide	Metadona, naltrexona
Transtornos psicóticos	Neuroleptícos, incluindo os atípicos; clozapina
Transtornos bipolares	Lítio, valproato, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, topiramate, neuroleptícos atípicos
Transtorno depressivo maior	ISRSs, venlafaxina, nefazodona, tricíclicos mono-, tetra- e heterocíclicos, IMAOs, ECT
Transtorno de pânico com e sem agorafobia	ISRSs, propranolol, tricíclicos, IMAOs, alprazolam
Transtorno obsessivo-compulsivo	ISRSs, clomipramina
Transtorno de ansiedade generalizada	Benzodiazepinas, buspirona. ISRSs

Nota: ECT = eletroconvulsoterapia. IMAO = inibidor da monoaminaoxidase. ISRS = inibidores seletivos da recaptação da serotonina.

2. Problemas disciplinares, como mentir, roubar, trapaçar, fugir de casa e conduta violenta em relação aos superiores, aos companheiros ou aos animais sugerem transtornos de conduta e de personalidade anti-social. O transtorno desafiador de oposição frequentemente precede o tipo com início na infância do transtorno de conduta (American Psychiatric Association, 2000, p. 97).
3. Comportamento hiperativo, que pode explicar a impulsividade e falhas de desempenho na idade adulta. Pode estar relacionado a um transtorno de personalidade.
4. Fobias, sintomas obsessivos e compulsivos ou sintomas depressivos costumam surgir na infância ou na adolescência. Os sintomas obsessivo-compulsivos iniciam mais tarde nas mulheres do que nos homens. Durante a puberdade, a prevalência de depressão entre mulheres é duas vezes maior do que entre os homens. Estes sintomas com frequência atingem o limiar de transtorno antes do início da vida adulta.
5. Frequência esporádica à escola, isolamento social, raiva ou explosões e declínio na higiene podem preceder a esquizofrenia na idade adulta.
6. Discussões com professores e objeções a regras, juntamente com ataques de birra e comportamento ressentido e vingativo podem indicar transtorno desafiador de oposição.

Use o histórico profissional de seu paciente para avaliar se seus empregos no passado correspondem ao seu nível de inteligência e formação educacional. Investigue e analise sua interação social com os colegas, com os superiores e os subordinados. Faça um rastreamento do

registro militar (se isso se aplica) à procura de problemas disciplinares, abuso de substâncias, promoções, rebaixamentos e tipo de baixa do serviço militar.

Compare o melhor nível de funcionamento pré-mórbido atingido pelo paciente no trabalho e na vida familiar com o seu funcionamento durante o período de morbidade. A distância entre os dois indica o impacto do transtorno sobre a sua vida, enquanto o funcionamento pré-mórbido estabelece a meta do tratamento. Assim, a recuperação é a libertação dos sintomas e também um retorno ao funcionamento pré-mórbido. Uma medida para quantificar o funcionamento pré-mórbido, mórbido e atual é a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (Escala GAF, DSM-IV-TR). Esta permite estimar o funcionamento global de 1 a 100, sendo 100 o mais alto nível de funcionamento. Uma pontuação de 0 reflete informações inadequadas. A Escala de AGF tem dois componentes: 1) a presença de sintomas, incluindo sua gravidade (isto é, de leve a grave) e sua duração (isto é, de transitório a crônico); e 2) o nível de funcionamento numa ampla gama de atividades, efetividade social, satisfação com a vida e domínio de problemas. A pontuação na AGF atribuída aos pontos nodais da vida do paciente quantifica o impacto dos transtornos mentais no funcionamento dele num ponto específico do tempo, como o nível atual mais alto no ano anterior ou na alta hospitalar. A pontuação final não é uma média do nível dos sintomas e de funcionamento, mas deve refletir o pior dentre os dois. O DSM-IV-TR sugere uma abordagem em quatro passos para o uso dessa escala (American Psychiatric Association, 2000, p. 33). Comumente usada, a escala pode quantificar o curso natural do transtorno.

A história social pode ser utilizada como um artifício para a detecção de um transtorno psiquiátrico em pes-

soas que tentem ocultar problemas mentais. Por exemplo, alguém é avaliado para um transplante cardíaco e deseja obter uma alta prioridade para a operação. Ele acredita que sua história de um passado anti-social e abuso de drogas, inclusive álcool, possa afastá-lo desse privilégio e, assim, nega todos esses sintomas. Se você suspeitar de um passado diferente, peça uma história social completa, ano a ano ou até mês a mês. Divórcios, perdas de emprego, detenções, condenações, sentenças de prisão, citações por dirigir embriagado e hospitalizações por ferimentos em brigas são difíceis de esconder. No mínimo as discrepâncias e as contradições vão emergir, o que então vai levá-lo aos transtornos psiquiátricos ocultos.

História médica (Eixo III)

As doenças físicas podem complicar ou mimetizar os transtornos psiquiátricos. Esse conhecimento pode ajudá-lo a evitar o erro diagnóstico de duas maneiras.

1. Transtornos médicos como causa de sintomas psiquiátricos

Quando tomar a história médica e encontrar doenças neurológicas, endócrinas, metabólicas, cardiovasculares, do colágeno ou outras doenças médicas além dos sintomas psiquiátricos, verifique se essas doenças e/ou o seu tratamento com agentes farmacológicos não poderiam ser responsáveis pelos sintomas psiquiátricos. Por exemplo, um paciente foi diagnosticado como tendo lúpus eritematoso. Subseqüentemente, desenvolve uma variedade de sintomas de ansiedade e depressão. Sua história psiquiátrica pessoal ou familiar é negativa. Considere a possibilidade de que esses sintomas se devam ao lúpus e que possam responder a medicamentos diferentes daqueles a que respondem os transtornos do humor; por exemplo, os neurolépticos mais do que os antidepressivos. Se você sente que a condição médica geral é responsável pelos sintomas psiquiátricos, deve fazer o diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral ou transtorno de humor devido a uma condição médica geral, respectivamente, em vez de transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno depressivo maior.

A Tabela 6.5 mostra quais as condições físicas (coluna da esquerda) que estão freqüentemente associadas a sintomas psiquiátricos e são, portanto, a causa de um delírio, uma alucinação, um transtorno do humor, de ansiedade ou alterações de personalidade devidas a um sintoma médico geral. Considere essa relação especialmente quando você trabalha num serviço de consultoria e é chamado para diagnosticar e tratar sintomas psiquiátricos em pacientes médicos.

Os transtornos neurológicos podem se apresentar com sintomas psiquiátricos. Os déficits neurológicos focais, tais como as anestésias e paralisias, ou os sintomas essenciais de um transtorno cognitivo, como letargia, confusão, desorientação, amnésia ou deterioração intelectual os revelam. Esses indicadores, no entanto, não estão presentes no início ou nas manifestações mais leves de alguns transtornos neurológicos. Portanto, é necessário um alto índice de suspeição para levá-lo na direção certa.

As doenças endócrinas costumam ser causa de erros diagnósticos tanto quanto as neurológicas. A hipofunção ou hiperfunção da tireóide, da paratireóide, do córtex adrenal, ou das células de Langhans, produtoras de insulina, são responsáveis pela emergência de sintomas psiquiátricos.

O desequilíbrio eletrolítico, habitualmente uma depleção de sódio, potássio, cálcio ou magnésio, causa sintomas psiquiátricos, da mesma forma que os altos níveis de potássio. Níveis de bicarbonato sérico fora da amplitude normal também podem mimetizar sintomas de depressão.

As doenças do colágeno, do sistema vascular, como o lúpus eritematoso, a artrite reumatóide, a periarterite nodosa e a arterite temporal podem estar associadas a sintomas de ansiedade e depressão. O lúpus eritematoso sistêmico pode virtualmente mimetizar todos os sintomas psiquiátricos, inclusive os delírios e desrealização.

As doenças cardiovasculares, especialmente a taquicardia atrial paroxística e as insuficiências coronarianas, podem mimetizar o transtorno do pânico, enquanto a insuficiência cardíaca congestiva e a encefalopatia congestiva podem induzir delírios. As demais doenças físicas listadas na Tabela 6.5, tais como as infecções crônicas, certos carcinomas, certas deficiências vitamínicas e algumas doenças sistêmicas podem ocasionalmente apresentar sintomas de depressão e ansiedade, mas só muito raramente delírios.

Habitualmente, uma doença orgânica não é confundida com um distúrbio psiquiátrico. Às vezes, entretanto, a apresentação médica pode ser precedida por pânico, ansiedade ou depressão. Ou o curso episódico de algumas doenças físicas sugere um transtorno do humor (onde um curso episódico é típico). Eis aqui oito dessas doenças:

- esclerose múltipla
- encefalite por herpes simples
- feocromocitoma
- lúpus eritematoso sistêmico
- porfiria intermitente aguda
- pancreatite
- mastocitose sistêmica
- síndrome viral crônica de Epstein-Barr

Tabela 6.5 Sintomas psiquiátricos associados a condições do Eixo III: transtornos físicos

Transtornos físicos	Sintomas psiquiátricos					
	Pânico	Ansiedade	Depressão	Episódica	Delírios	Desrealização
Transtornos neurológicos						
Isquemia cerebral transitória	+					
Isquemia cerebral		+	+			
Esclerose múltipla		+	+	+		
Esclerose pós-tero-lateral		+				
Doença de Wilson		+	+			+
Coreia de Huntington		+	+			
Polineurite		+				
Niemann-Pick						+
Homocistinúria						+
Tumor cerebral			+			
Marchiafava-Bignami						+
Encefalite					+	+
Encefalite por herpes simples				+		
Jacob-Creutzfeldt			+			
Hidrocefalia com pressão normal						+
Meningite granulomatosa						+
Doenças de Alzheimer e Pick			+			+
Abcesso cerebral						+
Epilepsia do lobo temporal					+	+
Doença de Meunière	+	+				
Traumatismo cerebral		+				
Endocrinopatias						
Tireóide, paratireóide, adrenal, insulina	+	+	+			+
Feocromocitoma	+			+		
Desequilíbrio eletrolítico						
Na, K, Ca, Mg, HCO			+			+
Doenças vasculares do colágeno						
Lúpus eritematoso		+	+	+	+	+
Outras		+	+			
Doenças circulatórias						
Taquicardia atrial paroxística	+					
Insuficiência coronariana	+					
Anemia		+				
Insuficiência cardíaca congestiva						+
Encefalopatia hipertensiva						+

(continua)

Tabela 6.5 Sintomas psiquiátricos associados a condições do Eixo III: transtornos físicos (continuação)

	Sintomas psiquiátricos					
Transtornos físicos	Pânico	Ansiedade	Depressão	Episódica	Delírios	Desrealização
Infecções						
Tuberculose, brucelose		+	+			
Toxoplasmose					+	
Malária (cerebral)		+	+		+	
Viral: hepatite, pneumonia, mononucleose		+	+			
Endocardite bacteriana subaguda					+	
Carcinoma						
Carcinoma avencelular (pulmão)	+	+				
Leucemia			+			
Câncer do pâncreas			+			
Linfoma			+			
Deficiência de vitaminas						
B ₁ , B ₆ , B ₁₂ , niacina, ácido fólico		+	+		+	
Doenças sistêmicas						
Nefrite		+				
Uremia			+			
Cirrose incipiente			+			
Psoríase			+			
Gota			+			
Amiloidose			+			
Enterite regional			+			
Colite ulcerativa			+			
Porfíria intermitente aguda				+		
Pancreatite				+		

Nota: + = presente.

Fonte: Esta tabela foi construída com o auxílio da informação contida em Hall RCW, ed.: *Psychiatric Presentations of Medical Illness. Somatopsychic Disorders*. New York & London, Spectrum, 1980. Transcrito e resumido com permissão.

Os entrevistadores costumam associar os delírios e a desrealização de maneira tão intensa a um transtorno psiquiátrico, que deixam passar as condições médicas gerais.

2. Sintomas psiquiátricos como indicadores de transtornos médicos não-detectados

Evite erros de diagnóstico quando encontrar sintomas psiquiátricos em pacientes mais velhos com história psiquiátrica pessoal e familiar negativa, quando os sintomas ocorrem numa combinação incomum, quando apre-

sentam um curso inesperado ou quando aparecem em uma idade na qual o surgimento do transtorno psiquiátrico respectivo é raro. Por exemplo, Ronaldo, um professor do ensino médio, nos seus cinquenta e tantos anos de idade, mostra sintomas de depressão e delírios de perseguição pela primeira vez após um episódio de exposição indecente no ginásio da escola. Considere as manifestações iniciais da doença de Pick, se você puder excluir outras doenças médicas por meio de exames laboratoriais. A Tabela 6.5 pode auxiliá-lo a considerar e excluir ou verificar os problemas físicos como possíveis causas de sintomas psiquiátricos. Por exemplo, o pacien-

te tem um dos seguintes sintomas psiquiátricos: ataques de pânico, sintomas de ansiedade generalizada, sintomas depressivos, sintomas episódicos, delírios ou desrealização. Encontre esse sintoma como uma coluna na Tabela 6.5 e identifique todas as doenças médicas que podem causá-lo. Então verifique se o paciente pode ter uma dessas doenças. Em caso positivo, considere que o paciente tem um transtorno psiquiátrico devido a uma condição médica geral.

O ambiente de trabalho do entrevistador costuma determinar a probabilidade de que um paciente tenha sintomas psiquiátricos devidos a uma condição médica geral. Os psiquiatras que trabalham em consultoria, os médicos de família e os psiquiatras nas áreas rurais podem encontrar com maior frequência causas físicas e farmacológicas para sintomas psiquiátricos do que aqueles profissionais que trabalham nos ambientes multidisciplinares, como uma clínica para pacientes ambulatoriais numa universidade, onde os profissionais da saúde mental costumam trabalhar em uma função de atendimento terciário e onde aqueles pacientes com condições médicas gerais são filtrados.

Os efeitos colaterais dos agentes farmacológicos (Tabela 6.6) podem ser erroneamente tomados por sintomas de um transtorno psiquiátrico. A Tabela 6.6 mostra a maioria desses agentes agrupados de acordo com seu uso terapêutico, com uma categoria residual. Esses agentes não são considerados psicotrópicos, com exceção dos estimulantes, os agentes do sistema nervoso autônomo, os anti-histamínicos e algumas vitaminas, especialmente a vitamina B₆, que facilita o metabolismo de alguns neurotransmissores da monoamina (Hall, 1980).

Os sintomas psiquiátricos que se devem a esses agentes não se limitam aos efeitos tóxicos ou à interferência no metabolismo cerebral, como o *delirium*, a confusão, a desorientação, a letargia, o tremor ou a ataxia. Portanto, você pode deixar passar a indução por uma droga, a menos que peça ao paciente para lhe trazer todos os medicamentos que tomou nos últimos dois meses. Pergunte especialmente aos pacientes mais velhos, para quem as drogas têm uma meia-vida mais prolongada devido ao tempo de excreção. Observe que o paciente geriátrico toma em média nove medicamentos por dia, o que pode levar à interação e potenciação entre os medicamentos.

Inclua na sua história médica uma lista das hospitalizações e dos transtornos para os quais o paciente recebeu tratamento ao longo de sua vida. Avalie a adesão do paciente aos seus tratamentos médicos no passado e sua resposta aos vários agentes terapêuticos. Ambos ajudam a prever a adesão e a resposta ao tratamento que você está prevendo.

Use a Tabela 6.6 de duas maneiras:

1. Examine se o paciente que tomava qualquer um dos medicamentos listados na Tabela 6.6 teve algum dos sintomas psiquiátricos que coincidissem com o início do tratamento medicamentoso.
2. Examine se os sintomas psiquiátricos que ocorrem nos pacientes sem história psiquiátrica pessoal ou familiar, em uma forma atípica, ou em uma idade incomum, se devem a medicamentos tomados em função de uma doença física. Com o Eixo III, o DSM-IV-TR oferece um método para codificar a condição ou condições médicas gerais para as quais a medicação é tomada. As Tabelas 6.5 e 6.6 o auxiliam nos diagnósticos do Eixo III. No Eixo I codifica-se o transtorno psiquiátrico induzido pela medicação.

História familiar

Os estudos sugerem que a maioria dos principais transtornos psiquiátricos são familiares. Estudos com gêmeos monozigóticos e estudos de adoção favorecem a interpretação de que a predisposição aos transtornos psiquiátricos é geneticamente transmitida, embora o modo de transmissão seja desconhecido (Goodwin e Guze, 1989; Wender e cols., 1986).

A história familiar pode ser usada para confirmar um diagnóstico psiquiátrico e prever o curso e a resposta ao tratamento em pacientes jovens com seu primeiro transtorno, especialmente quando se faz o diagnóstico diferencial entre depressão psicótica *versus* esquizofrenia, ou transtorno bipolar SOE *versus* esquizofrenia. Por exemplo, se seu paciente teve vários episódios depressivos, mas parentes em primeiro grau que sofreram de transtorno bipolar, suspeite de transtorno bipolar em seu paciente também. Esse conhecimento pode acautelá-lo contra o uso de antidepressivos, que poderiam precipitar um episódio maníaco ou hipomaniaco, e, em lugar disso, sugerir-lhe o uso combinado com um estabilizador do humor. Mas, se os parentes em primeiro grau de um paciente com transtorno depressivo maior relatarem esquizofrenia, examine com cuidado o curso do transtorno de seu paciente em busca de indícios de decadência social para excluir esquizofrenia.

Os estudos sobre transtornos de personalidade em famílias têm progredido. Uma vez que alguns transtornos de personalidade parecem estar associados a alguns dos transtornos psiquiátricos principais, e já que estes são familiares, não é de surpreender que os transtornos de personalidade também possam sê-lo. Portanto, pergunte ao seu paciente se algum de seus parentes em primeiro grau poderia ser descrito como: 1) solitário, esquisito ou excêntrico; 2) metido em problemas sociais ("a ovelha negra" da família); ou 3) dependente, abusado,

Tabela 6.6 Sintomas psiquiátricos associados aos efeitos colaterais de drogas não-psiquiátricas

Categoria da droga	Sintomas psiquiátricos															
	D	S	I	IQ	IS	A	E	AL	ID	P	DM	C	DO	L	T	AT
Agentes anti-infecciosos																
Sulfonamidas	+		+	+						+						
Sulfonas			+		+					+						
Anti-helmínticos										+		+				+
Tuberculostáticos	+						(+)			+		+				
Antimaláricos			+							+				+		
Tricomonácidos	+		+		+							+				
Anti-hipertensivos																
Alcalóides da Rauwolfia	+	+													+	
Bloqueadores ganglionares												+			+	
Beta-bloqueadores	+															
Drogas do sistema nervoso autônomo																
Simpatolíticos	+									+					+	
Simpatomiméticos				+	+					+					+	
Anticolinérgicos				+				+		+	+	+	+			
Estimulantes																
Anfetaminas	+							+	+	+			+			
Fenilfenidato				+	+				+	+						
Analgésicos																
Salicilatos				+								+				
Acetaminofen, fenacetina				+					+			+				
Propoxifeno	+						+									
Outros analgésicos	+			+						+		+				
Hormônios																
Insulina										+		+				+
Antidiabéticos orais												+				
Drogas tireoidéias			+	+	+											+
Adrenocorticosteróides							+			+						
Estrógenos	+		+		+	+										
Estrógenos + Progestágenos								+								
Diuréticos																
Inibidores da anidrase carbônica			+										+			
Xantinas			+	+	+						+					
Outros diuréticos						+						+				
Outros																
Antineoplásicos	(+)		(+)		(+)		(+)			(+)	(+)		(+)			
Glicosídeos cardíacos	+							+	+			+	+			
Anti-histaminas				+	+		+	(+)			+				+	+
Complexo vitamínico B	+		+	+	+							+				
Antitussígenos			+					+	+							
Difenoxilato	+						+									
Difenidol								+				+	+			
L-Dopa	+	+	+			+			+			+	+			
Relaxantes vasculomusculares	+					+							+			
Antiarrítmicos	+			+	+		+	+								+
Ácido nicotínico			+	+	(+)	+			+							
Hidantoínas								+	+						+	
Succinimidas	+		+	+			+					+		+		
Narcóticos				+	+		+				+					
Antagonistas dos narcóticos	+							+					+			

Nota: D = depressão. S = idéias ou tentativa de suicídio. I = irritabilidade. IQ = inquietação. IS = insônia. A = ansiedade. E = euforia. AL = alucinações. ID = idéias delirantes. P = psicose. DM = delírium. C = confusão. DO = desorientação. L = letargia. T = tremor. AT = ataxia. + = presente. (+) possivelmente presente.

Fonte: Esta tabela foi abstraída a partir de informações contidas em Hall RCW, ed: *Psychiatric Presentations of Medical Illness. Somatopsychic Disorders*. New York & London, Spectrum, 1980.

rígido ou ressentido. Essas perguntas podem deixá-lo inicialmente confuso e embaraçado. Ele pode não saber responder, e mais tarde retornar com amplas informações, após ter conversado com seus pais e outros familiares, que lhe haviam escondido algum segredo de família. Tal consciência vai ajudar *o paciente* a prever o curso e o resultado de seu transtorno e *ele* a entender a natureza do mesmo. Isso reduz o sentimento de culpa e as acusações injustificadas contra seus pais pelos "pecados" que teriam sido cometidos na sua criação e educação.

4. DIAGNÓSTICO

Chegar a um diagnóstico põe sentido na loucura. Rotula o transtorno, não o paciente; condensa uma multiplicidade de dados em um único termo; serve para a comunicação e permite a previsão da resposta ao tratamento e o resultado que será obtido.

A avaliação diagnóstica expressa seu julgamento e sua conclusão sobre o indivíduo. Para pacientes hospitalizados, deve conter os seguintes padrões:

1. as capacidades e pontos fortes do paciente
2. a formulação diagnóstica, incluindo os fatores biológicos, psicológicos e sociais
3. um diagnóstico multiaxial.

Capacidades e pontos fortes

A necessidade de reunir essas informações é parcialmente ditada pelas agências federais nos Estados Unidos, tais como a Medicare e a Champus. Atualmente, a Medicare exige a determinação das capacidades e dos pontos fortes do paciente, bem como do diagnóstico.

Os padrões usados pelo HCFA (HCFA* 482.61 b[7]) determinam que seja incluída uma relação completa das capacidades do paciente na descrição da sua avaliação psiquiátrica. As pautas interpretativas listam como pontos fortes os seguintes: conhecimento, interesses, habilidades, aptidões, experiência, educação e *status* empregatício. Todos esses podem ser úteis para motivar o paciente a participar ativamente do processo da entrevista e do tratamento.

A avaliação das capacidades e dos pontos fortes do paciente reflete, de maneira positiva, as habilidades que permanecem depois que o transtorno psiquiátrico cobrou seu tributo sobre ele. Eles desempenharão um papel fundamental quando for determinado seu plano de tratamento e seu prognóstico.

*N. de T.: *Health Care Financing Administration*: Administração do Financiamento dos Cuidados de Saúde.

Formulação diagnóstica

A American Boards of Psychiatry and Neurology exige hoje em dia que um candidato seja capaz de discutir uma formulação diagnóstica, isto é, um sumário dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o transtorno de um indivíduo. Uma vez que tal avaliação auxilia no planejamento do tratamento, ela é útil mesmo após o exame da junta.

Fatores biológicos

A formulação biológica resume os fatores biológicos que contribuem para o transtorno psiquiátrico. Isso inclui:

1. transtornos psiquiátricos em familiares de primeiro grau, como um indicador de predisposição genética;
2. história pré-natal, como um indicador de lesão ao feto por infecções da mãe, outros transtornos médicos ou uso de substâncias;
3. desenvolvimento inicial como indicador da influência de condições médicas gerais que tenham possivelmente retardado o desenvolvimento da criança;
4. história de condições médicas gerais, incluindo transtornos convulsivos e seu tratamento, como indicadores da influência dessas condições na história psiquiátrica do paciente.

Fatores psicológicos

A formulação psicológica inclui uma estimativa do impacto que as técnicas de criação da criança tiveram sobre o desenvolvimento das habilidades interpessoais do indivíduo e de seus mecanismos de defesa. Esses efeitos podem vir à tona durante a entrevista, na forma de transferência com o entrevistador e defesas observadas enquanto o paciente apresenta seus problemas. Terapeutas com orientação psicodinâmica podem incluir um sumário estrutural das forças do ego, id e superego do entrevistado; uma análise topológica dos comportamentos conscientes e inconscientes; e uma história do desenvolvimento psicossocial, tal como proposto por Erikson (1969). Terapeutas cognitivos podem desejar caracterizar as crenças irracionais e diálogos internos autodepreciativos que podem retardar a recuperação e torná-lo não-aderente ao plano de tratamento.

De um ponto de vista comportamental, os comportamentos mal adaptativos aprendidos devem ser descritos como comportamento de esquiva em resposta a certos estímulos; meios patológicos de controle de peso, como se vê nos transtornos da alimentação; abuso de substâncias, em resposta a problemas ambientais, para nomear apenas alguns poucos.

Fatores sociais

Descreva os sistemas de suporte que podem ter um impacto positivo ou negativo sobre a história psiquiátrica do paciente. Esses incluem:

1. *Família*. Pode potencialmente prejudicar o indivíduo, por meio das seguintes situações: perda de figuras parentais por meio de separação, divórcio ou morte, e abuso físico, sexual ou emocional. Uma história de abuso costuma estar presente em pacientes com transtornos dissociativos. Pacientes mais velhos podem experimentar apoio ou negligência de seus filhos, o que pode influenciar o resultado de seu problema psiquiátrico.
2. *Instituições religiosas*. Podem ter ajudado a desenvolver a força espiritual do paciente ou tê-lo submetido à lavagem cerebral ou coerção.
3. *Vizinhança*. Ajuda a desenvolver padrões sociais ou representa uma ameaça à segurança do paciente.
4. *Escola*. Pode ter ajudado a desenvolver habilidades acadêmicas, ambição e modelos positivos, ou então ter sido percebida como um ambiente de fracasso, rejeição e punição.
5. *Militar*. Uma fonte para desenvolver auto-estima ou fomentar a dependência e o desespero. Pode ser a fonte do trauma ou ter contribuído para o desenvolvimento de um transtorno de estresse pós-traumático.
6. *Emprego ou carreira*. Pode prover a segurança financeira ou ser a fonte de estresse e fracasso contínuo.
7. *Casamento*. Fonte de força e apoio ou de problemas persistentes.

Diagnósticos multiaxiais

Eixos I e II

O DSM-IV-TR encoraja os diagnósticos psiquiátricos múltiplos nos Eixos I e II, que refletem os transtornos clínicos e de personalidade. Esses diagnósticos podem ser especificados por termos como diagnóstico principal, diagnóstico provisório ou "em remissão" (ver a seguir). Em muitos sistemas diagnósticos, inclusive no DSM-IV-TR, é utilizado um princípio hierárquico para excluir certos diagnósticos e beneficiar outros. Usualmente, quanto mais difuso o transtorno, mais prioridade ele recebe sobre os menos difusos.

A exclusão absoluta de um transtorno psiquiátrico por outro é determinada por duas situações:

1. Se for percebido que um transtorno psiquiátrico, deve-se a uma condição médica geral, então não é

feito um diagnóstico adicional de um transtorno psiquiátrico. Por exemplo, se um paciente tem transtorno depressivo maior após o tratamento crônico com reserpina, ele receberá o diagnóstico de transtorno depressivo induzido por medicação, e não o diagnóstico adicional de transtorno depressivo maior.

2. Os sintomas definidores de um transtorno são ao mesmo tempo achados associados de outro. Por exemplo, um paciente tem esquizofrenia e também refere alguns sintomas depressivos. Ele recebe apenas o diagnóstico de esquizofrenia, mas não o diagnóstico adicional de distímia, já que a distímia é considerada parte da esquizofrenia.

Em contraste, se um paciente tem sintomas obsessivos e compulsivos além de esquizofrenia, vai receber o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo além do diagnóstico de esquizofrenia, já que se acredita que as obsessões e compulsões não sejam traços associados à esquizofrenia (ver DSM-IV-TR). O mesmo se aplica a transtornos que têm uma alta co-morbidade com a esquizofrenia, tais como a dependência de nicotina (em 80 a 90% dos indivíduos), transtorno de pânico e alguns transtornos de personalidade preexistentes, como os tipos esquizotípico, esquizóide e paranóide, que são codificados no Eixo II com o especificador pré-mórbido.

Diagnóstico principal: Atribua o diagnóstico principal ao transtorno que clinicamente explique de forma mais confiável e abrangente os sintomas presentes e que são o foco da atenção ou do tratamento (DSM-IV-TR). Por exemplo, se um paciente está atualmente dependente de álcool, mas também refere sintomas sugestivos de distímia, o diagnóstico de dependência de álcool é sem dúvida confiável e o principal foco do tratamento, enquanto os sintomas distímicos podem se dever a padrões de intoxicação e abstinência, sendo, portanto, menos confiáveis. Portanto, o diagnóstico principal é abuso ou dependência de álcool, e não distímia.

Um paciente pode ter mais de um diagnóstico principal. Por exemplo, ele pode ter experimentado por muitos anos obsessões e compulsões que tenham prejudicado seu funcionamento de forma significativa. Nas últimas quatro semanas, tornou-se cada vez mais deprimido, e nas últimas duas, preenche todos os critérios para o transtorno depressivo maior. Este "novo" transtorno o fez consultar um psiquiatra, além do psicólogo, que já o tratava com técnicas de modificação de comportamento para seus pensamentos obsessivos e suas compulsões. Sem dúvida, ambos os transtornos se somam no prejuízo ao funcionamento do indivíduo. Eles justificam dois diagnósticos principais.

Diagnóstico provisório: Acontece de o entrevistador poder avaliar alguns sintomas de um transtorno psiquiátrico, mas a falta de cooperação por parte do entrevistado não lhe permitir investigar a síndrome completa. O terapeuta tem a impressão de que o paciente tem todos os sintomas necessários para se fazer o diagnóstico, mas lhe falta a documentação necessária. Em vez de atribuir um diagnóstico sem outra especificação (SOE), o entrevistador pode optar por expressar o nível de incerteza, utilizando um diagnóstico provisório.

Diagnóstico psiquiátrico passado: O DSM-IV-TR não usa o termo "transtorno psiquiátrico passado". Entretanto, utiliza termos como *em remissão parcial*, *em remissão completa* e *estado residual* para indicar o status de transtornos psiquiátricos previamente experimentados.

Perfil diagnóstico: Se um paciente tem mais de um transtorno psiquiátrico, é útil localizar o início e o final de cada transtorno em uma linha de tempo. O ponto zero significa o nascimento do paciente, as unidades da linha de tempo são os anos de sua vida e o fim é sua idade atual. Os transtornos são indicados por meio de barras acima da linha. No topo do gráfico estão aqueles devidos a condições médicas gerais, seguidos dos transtornos por uso de substâncias, transtornos psicóticos, do humor, de ansiedade, somatoformes e assim por diante, tal como são listados no DSM-IV-TR. Uma tal disposição do perfil diagnóstico do paciente permitirá visualizar a relação temporal de todos os transtornos, apresentando o sumário diagnóstico mais sucinto.

Eixo III

Relatar as condições médicas atuais no Eixo III. A separação dos problemas médicos dos transtornos psiquiátricos não implica que aqueles sejam diferentes destes, nem que sejam menos afetados por fatores comportamentais ou psicossociais. Se uma condição médica causa um transtorno mental, será listada nos Eixos I e III: no Eixo I, como um transtorno mental devido a uma condição médica geral, e, no Eixo III, como uma condição médica geral em si. Se mais de um problema do Eixo III estiver presente, todos devem ser referidos. Incluir, neste eixo, especialmente gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Eixo IV

Os problemas psicossociais e ambientais são registrados no Eixo IV. O manual do DSM-IV-TR lista uma grande variedade de problemas que um paciente poderia ter com o grupo de apoio básico, o ambiente social, a

educação, a ocupação, a moradia, a situação econômica, o acesso aos serviços de atendimento à saúde, a interação com o sistema legal e outros problemas psicossociais. Os problemas de relacionamento com os pais, com os filhos, com o cônjuge e com os irmãos estão incluídos aqui, bem como os problemas relacionados ao abuso e à negligência. Tais problemas constituem estressores com os quais o paciente tem que lidar. Esses estressores também podem incluir experiências positivas, como o nascimento de uma criança, se eles desencadeiam ou exacerbam um transtorno mental.

Eixo V

A avaliação global do funcionamento é registrada no Eixo V. A Escala de Avaliação Global do Funcionamento quantifica o julgamento por parte do clínico da gravidade dos sintomas e do nível de funcionamento do paciente. O pior componente entre os dois deve ser usado como a pontuação final. Os autores do DSM-IV-TR propõem a inclusão de três escalas adicionais, quais sejam: a Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS)*, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento da Vida de Relação (GARF)** e a Escala de Avaliação dos Estilos Defensivos (DSRS)***. A pontuação na AGF resume a avaliação somente do funcionamento psicológico, social e ocupacional. A Escala AGF do DSM-IV-TR se estende de 1 a 100. Pode-se conceitualizar esta escala como representando cinco níveis de funcionamento:

1. A faixa de 1 a 20 representa o paciente que é persistentemente (1 a 10) ou às vezes (11 a 20) perigoso e representa uma ameaça aos outros ou a si mesmo, que apresenta autonegligência grave (1 a 10) ou comete sérios atos suicidas, ou que tem grave deterioração da capacidade de comunicar-se (11 a 20). Um paciente assim precisa ser recolhido a uma instituição mental caso não seja possível uma hospitalização voluntária.
2. Na faixa de 21 a 40 encontra-se o paciente cujo teste de realidade está gravemente prejudicado por delírios ou alucinações (21 a 30) ou que mostra uma importante deterioração em todas (21 a 30) ou várias áreas, como o trabalho, a família, a escola ou o julgamento crítico, o pensamento ou o humor (31 a 40). Um paciente assim não pode funcionar sem uma supervisão constante ou um sistema de apoio con-

tínuo. Ele deve ser tratado como um paciente psiquiátrico internado.

3. A faixa de 41 a 60 representa alguém que tem sérios sintomas não-psicóticos que interferem no manejo do tempo, como rituais obsessivos; levam a um comportamento grave de esquiva e ataques de pânico e o impedem (41 a 50) ou interferem (51 a 60) em seu funcionamento social, ocupacional ou escolar. Os pacientes com essa pontuação necessitam de fármaco e psicoterapia constantes, em um ambiente ambulatorial ou de hospitalização parcial.
4. A faixa de 61 a 80 representa um paciente que tem alguns sintomas leves (61 a 70) ou transitórios (71 a 80) que causam dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou escolar. Se forem transitórios e surgirem como uma reação esperada a estressores, a pontuação mais alta (71 a 80) é utilizada. Essas pessoas podem necessitar psicoterapia e aconselhamento ocasionais.
5. A faixa de 81 a 100 representa a pessoa que mostra um bom funcionamento em todas as áreas, com uma ampla variedade de interesses e atividades e níveis de efetividade social. Os sintomas estão ausentes ou presentes nas ocorrências da vida diária, tais como a ansiedade de ser examinado (81 a 90). A estimativa mais alta está reservada para a pessoa que maneja com todos os problemas da vida com sucesso e é procurada pelos outros por suas qualidades positivas. Tal indivíduo não requer nenhum tipo de aconselhamento.

Esta escala fornece um modo conveniente de comunicar a competência psicossocial dos pacientes e completar satisfatoriamente a avaliação diagnóstica.

5. PROGNÓSTICO

Recomendamos que durante a entrevista sejam compartilhadas suas considerações e decisões diagnósticas

com o paciente sob forma de um *feedback* diagnóstico. Uma boa maneira de introduzir esse assunto são as afirmações do tipo:

"Permita-me resumir para você o que eu acho que tem sido a causa do seu sofrimento. E vamos ver se você concorda comigo."

Habitualmente os pacientes gostam de ser incluídos nesse processo. Estão ansiosos para saber o que você pensa sobre eles e também podem se sentir recompensados depois de responderem às suas perguntas. Se fizer isso, os pacientes muitas vezes lhe dirão o quanto apreciaram o *feedback*. Ao apresentar a impressão diagnóstica ao paciente, facilmente se estabelece o ponto de partida para o próximo passo — a discussão das opções de tratamento. Discutiremos isso mais longamente no Capítulo 7.

A resposta do paciente às suas sugestões de tratamento claramente mostram, de um ponto de vista diagnóstico, a atitude dele em relação ao seu transtorno. Fornece-lhe, portanto, uma vaga idéia de seu grau de adesão. Juntamente com a natureza de seu transtorno psiquiátrico ou de personalidade principal, a atitude do indivíduo em relação ao seu transtorno e as opções de tratamento contribuem significativamente para o prognóstico.

Mais uma vez, recomendamos compartilhar essa perspectiva com o paciente. Diga-lhe se você pensa que ele tem uma excelente chance de plena recuperação ou expresse sua preocupação com o baixo nível de interesse que ele demonstra pelo tratamento e a sensação que você tem de que sua falta de adesão possa resultar em um curso prolongado de doença com recaída futura. Essas questões devem ser expressas como preocupações e não usadas como ameaças para forçar a adesão (Capítulo 7). A comunicação do prognóstico completa o processo diagnóstico.

Agora você está pronto para integrar o que realizou por partes: comunicação, técnicas, exame do estado mental e diagnóstico. Entenderá, enfim, como eles interagem e se desenvolvem ao longo das cinco fases da entrevista.

*N. de T.: *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*.

**N. de T.: *Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF)*.

***N. de T.: *Defensive Styles Relating Scale (DSRS)*.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Capítulo 6: Cinco passos para fazer um diagnóstico

Esta lista de verificação foi concebida para testar suas habilidades diagnósticas. Complete-a após cada entrevista:

1. Qual foi a queixa principal?
2. Liste todos os sinais e comportamentos anormais (indícios), se houver, que tiver observado durante os minutos iniciais da entrevista.
3. Liste as opções de diagnóstico diferencial (ao menos cinco) que estes sinais e comportamentos lhe sugeriram.
4. Você dedicou atenção a qualquer um desses sinais ou indícios?
5. Explique as razões de ter tratado os indícios da maneira como o fez.
6. O comportamento observado ou a queixa principal sugeria um sintoma psiquiátrico, um comportamento mal adaptativo de longa data, um problema psicossocial ou ambiental?
7. Como você deu seguimento à patologia principal?
8. Após quanto tempo, a partir do início da entrevista, você já tinha uma lista de cinco opções diagnósticas?
9. Se o paciente referiu sintomas psiquiátricos como sua queixa principal, liste todos os transtornos para os quais esses sintomas sejam:
 - a. essenciais
 - b. associados
10. Você rastreou sintomas essenciais?
11. Você rastreou indícios de má adaptação ao longo da vida?
12. Se o paciente relatou má adaptação ao longo da vida:
 - a. descreva as situações às quais ele é sensível
 - b. liste os transtornos de personalidade que estão associados à patologia do seu paciente
 - c. liste os transtornos clínicos que podem explicar seu comportamento mal adaptativo
13. Você rastreou algum problema psicossocial ou ambiental?
14. Se o paciente mencionou um estressor, determine o quanto o estressor está relacionado ao transtorno: causa, desencadeante, marcador no tempo, amplificador ou consequência.
15. Se o paciente descreveu um conflito social, discuta se esse conflito era a expressão de:
 - a. um transtorno clínico
 - b. um transtorno de personalidade
 - c. um transtorno de adaptação
 - d. um problema psicossocial ou ambiental
16. Liste todos os transtornos psiquiátricos que a queixa principal poderia:
 - a. incluir
 - b. excluir
 - c. ser neutra
 Separe os transtornos em transtornos clínicos e de personalidade. Certifique-se de que tenha incluído, pelo menos, cinco transtornos.
17. Você obteve uma descrição do estado pré-mórbido?
18. Liste as evidências de aprendizagem lenta, dificuldade de aprendizagem, isolamento social, problemas de disciplina, fobias, obsessões.
19. Em que sentido o transtorno interfere nos relacionamentos íntimos do paciente, com o seu trabalho e seus hobbies?
20. Você verificou a presença de transtornos não-investigados? Que tipo de transtornos foram detectados? Liste-os.
21. Quando foi o início do transtorno? Foi agudo ou insidioso?
22. O curso foi crônico, episódico, crônico-progressivo? Deixou algum tipo de déficit?
23. Qual foi o impacto do transtorno sobre o paciente?
24. Qual foi a resposta ao(s) tratamento(s) anterior(es)?
25. Liste os transtornos médicos que poderiam mimetizar os sintomas do paciente.
26. Liste os agentes farmacológicos que o paciente está utilizando que poderiam mimetizar seus sintomas psiquiátricos.
27. Liste os transtornos psiquiátricos que ocorreram nos parentes em primeiro grau do paciente.
28. Algum familiar de sangue do paciente cometeu suicídio?
29. Algum familiar em primeiro grau do paciente tem o mesmo transtorno que ele?
30. Qual foi a história natural do transtorno nos familiares em primeiro grau do paciente?
31. Qual(is) a(s) droga(s) psicotrópica(s) que funcionou(aram) e as que não funcionaram nos familiares em primeiro grau que tiveram um transtorno semelhante ao do seu paciente?
32. Liste todos os transtornos psiquiátricos para os quais seu paciente preenche os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR.
33. Qual é o diagnóstico principal do paciente?

CAPÍTULO SETE

AS CINCO FASES E OS QUATRO COMPONENTES: COMO REUNIR TODOS OS ELEMENTOS

1. Fase 1: Aquecimento e rastreamento do problema
2. Fase 2: Seguimento das impressões preliminares
3. Fase 3: História e base de dados
4. Fase 4: Diagnóstico e feedback
5. Fase 5: Prognóstico e contrato de tratamento
6. Entrevista com um paciente cooperativo
7. Formato de resumo de caso

RESUMO

O Capítulo 7 mostra como sintetizar os quatro componentes descritos nos Capítulos de 2 até 6. Demonstra como conduzir uma entrevista e simultaneamente estabelecer e manter a comunicação, selecionar as técnicas de entrevista mais efetivas, monitorar o estado mental e progredir de maneira ordenada, mas flexível, na avaliação diagnóstica ao longo das diferentes fases da entrevista.

O Capítulo 7 analisa uma entrevista com um paciente cooperativo, fazendo uso dos quatro componentes delineados nos Capítulos 2 a 6. A entrevista é breve e demonstra as cinco fases. Este capítulo oferece uma ponte entre as estratégias psicodiagnósticas e suas aplicações às situações de entrevista na vida real.

▲▲▲▲▲

A cura é uma questão de tempo, mas, às vezes, também é uma questão de oportunidade.

— Hipócrates, Preceitos 6, Cap. 1, ca. 460-400 a.C.

▼▼▼▼▼

Seguindo Hipócrates, crie a oportunidade.

As quatro tarefas do entrevistador são estabelecer e manter a comunicação, aplicar as técnicas adequadas de entrevista, monitorar o estado mental e impulsionar o processo diagnóstico. Durante a entrevista, ocorrem várias mudanças nos objetivos e assuntos, que a subdividem em cinco fases: 1) aquecimento e rastreamento do problema, 2) seguimento das impressões preliminares, 3) história e base de dados, 4) diagnóstico e feedback e 5) prognóstico e contrato de tratamento. Já que os cinco passos para o diagnóstico (Capítulo 6) determinam o objetivo para cada uma das cinco fases da entrevista, essas cinco fases

coincidem, de alguma forma, com os cinco passos. Entretanto, as cinco fases abrangem mais do que os passos diagnósticos. Cada fase também envolve comunicação, técnicas e estado mental.

Este capítulo mostrará como usar os quatro componentes em cada fase da entrevista. Você verá as idas e vindas do trabalho do entrevistador e como ele é capaz de manter a comunicação, aplicar as técnicas úteis, monitorar o estado mental, continuar aperfeiçoando o entendimento do diagnóstico e chegar a um diagnóstico apurado e a um plano de tratamento eficiente. Neste capítulo, oferecemos um guia sucinto dos objetivos de cada fase e uma versão acessível e esquematizada da integração dos vários elementos explorados neste livro.

A interação dos quatro componentes e das cinco fases está resumida na Tabela 7.1, que sugere linhas-mestras, e não procedimentos estritos. Pretende-se que aumente sua atenção às tarefas a serem desenvolvidas durante a entrevista. A ordem destas costuma ser determinada pelas conexões feitas pelo paciente, e não necessariamente pela ordem fornecida na Tabela 7.1. Por exemplo, se o paciente descreve como sua queixa principal sintomas graves de depressão (fase 1 da entrevista) e então estabelece a conexão com a depressão de sua mãe e descreve suas incapacidades, você pode temporariamente mudar o foco para avaliar a história de toda a sua família (fase 3 da avaliação). A ordem segue as necessidades do paciente. Uma vez exaurido esse tópico, retorne para a fase 1 e busque a avaliação de outros sintomas de depressão, sua gravidade, seu curso e problemas psicossociais e ambientais precedentes. Assim, será alcançado um equilíbrio entre as oportunidades que o paciente oferece e os processos globais de entrevista organizada que este livro ensina.

1. FASE 1: AQUECIMENTO E RASTREAMENTO DO PROBLEMA

Objetivo: Encontrar um tom calmo e deixar o paciente à vontade. Controlar comportamentos agressivos, intrusivos ou delirantes. Mostrar empatia. Trazer à tona sintomas e sinais essenciais de transtornos psiquiátricos.

Comunicação: Dê ao paciente tempo para se familiarizar com você e com o ambiente. Envolve-o numa conversa leve, de modo que ele possa se acostumar à sua voz e à maneira como fala. Reconheça sua apreensão e mostre preocupação por seu bem-estar. Coloque-o à vontade.

Se o seu paciente é agressivo ou beligerante, como acontece na sala de emergência, estabeleça os limites para a sua conduta. Ajude-o a reconhecer o que é esperado dele e o que é aceitável para você. Faça-o entender que a cooperação será para seu próprio benefício. Medique o paciente delirante ou muito excitado. Com o paciente sedado, conduza uma entrevista diagnóstica modificada (ver Capítulo 9, Seção 3. Hiperatividade irritável na doença bipolar).

Esteja atento para perceber o sofrimento do paciente. Assim, você coloca seu "visitante" no papel de paciente. Ajude-o a expressar seu sofrimento e responda com empatia. Sua compaixão como ouvinte aprofunda a comunicação. Seja delicado e tenha em mente que está lidando

com a dor mental, e não com as peças de um quebra-cabeças ou com a personagem de um romance. Entrevistar não é simplesmente brincar de detetive ou escolher, como um computador, os algoritmos mais eficientes de uma árvore de decisão para os problemas do paciente. Na fase inicial, o que está em questão é a angústia mental do paciente e não a curiosidade diagnóstica do entrevistador.

Técnica: Durante o período inicial de conversa leve, teste que tipo de perguntas são mais produtivas. As perguntas abertas funcionam? Trazem à tona elaborações detalhadas ou divagações? Ou respostas breves do tipo:

"Não sei."
"Você é que sabe."

Abra essa fase de uma entre duas maneiras. Explore alguma deixa, como o afeto, a desorientação, as alucinações, os delírios ou os transtornos do pensamento; ou então faça uma variação da pergunta:

"Como eu posso ajudá-lo?"
"Que tipo de problemas o trazem aqui?"
"Por onde começamos?"
"O que está acontecendo na sua vida?"

Essas perguntas vão investigar a queixa principal. Ao se estabelecer o foco na queixa principal, dá-se início ao processo diagnóstico. Qual o vocabulário que o paciente prefere? Visual, abstrato ou auditivo? Ele é capaz de com-

Tabela 7.1 As cinco fases da entrevista e os quatro componentes

Fase	Comunicação	Técnica	Estado mental	Diagnóstico
1. Aquecimento e rastreamento do problema	Coloque o paciente à vontade, estabeleça limites, seja empático com seu sofrimento, torne-se um ouvinte compassivo	Selecione perguntas produtivas e amplas para rastreamento	Observe a aparência, as funções psicomotoras, a fala, o pensamento, o afeto, a orientação e a memória, e examine o humor, o insight, a memória e o julgamento	Observe os indícios, classifique a queixa principal; avalie os sintomas, a gravidade, o curso, os estressores; liste os diagnósticos diferenciais
2. Seguimento das impressões preliminares	Torne-se um aliado, mude de assunto de maneira clara	Mude de assuntos, progrida de perguntas abertas para perguntas fechadas	Avalie o pensamento, o conteúdo do pensamento e as idéias de suicídio	Verifique ou exclua os diagnósticos
3. História e base de dados	Demonstre experiência, meticulosidade, interesse, liderança e motive para a avaliação	Mude de assuntos, lide com as defesas, preencha lacunas, investigue indícios, esclareça inconsistências	Avalie o julgamento, a memória, teste funções específicas do estado mental e do QI	Avalie o curso das doenças, o impacto na vida social e a história familiar e médica
4. Diagnóstico e feedback	Assegure a aceitação do diagnóstico	Explique o diagnóstico e as opções de tratamento	Discuta os achados do estado mental e examine a adesão ao tratamento	Estabeleça os diagnósticos nos cinco eixos
5. Prognóstico e contrato de tratamento	Assuma o papel de liderança e assegure a adesão ao tratamento	Discuta o contrato de tratamento	Faça inferências a respeito do insight, do juízo e da adesão	Forneça o prognóstico; prediga os efeitos do tratamento

preender perguntas longas, entender seu significado abstrato e conversar sobre assuntos familiares sem dificuldade?

Se o paciente responde bem a perguntas abertas não estruturadas, utilize-as, e só troque para perguntas mais estruturadas e fechadas quando necessitar localizar um sintoma com precisão. Se ele estiver relutante para falar a respeito de certos assuntos, ou distorcer os fatos, identifique sua resistência e os mecanismos de defesa subjacentes e lide com eles.

Estado mental: Durante a fase de aquecimento, observe as funções do estado mental, como a aparência, a atividade psicomotora, a fala e o afeto. A ansiedade (antecipatória e fóbica) surge aqui com frequência. À medida que o tempo passa, o paciente ansioso pode obter controle sobre seu afeto. Portanto, registre essa ansiedade para uma investigação posterior. Da mesma forma, esteja atento para sinais de suspeição.

Os temas da conversa da fase de aquecimento não são arbitrários. Escolha temas que lhe permitam examinar o funcionamento mental do paciente sem censura. Ele está orientado? É capaz de memorizar o suficiente para que sua história seja confiável? Perguntas como:

"Quando foi que você contou o meu consultório pela primeira vez?"

"Onde estacionou o seu carro?"

"Foi fácil para você encontrar o consultório?"

são maneiras disfarçadas de testar a memória recente.

A pergunta pela queixa principal muda o caráter da entrevista de *conversa* para *investigação*. Essa mudança o confronta com o grau de *insight* e de compreensão do paciente a respeito de seu problema. Isso é muito importante, pois determina como abordar sua psicopatologia (Capítulo 2). Adote o ponto de vista do entrevistado a respeito de seus problemas para facilitar a determinação das funções de seu estado mental, bem como para aumentar a comunicação. Essa abordagem renderá melhores resultados do que se manter como um observador externo e distante.

Como exemplo, pense no paciente que tem problemas com a bebida e que continua a dirigir embriagado apesar de várias detenções e dois acidentes graves, um deles quase fatal. A família julga esses atos irresponsáveis e criminosos. No entanto, sem alguns drinques, o paciente se sente incapaz de superar seus sentimentos agorafóbicos e seus ataques de pânico, de modo a ir para o trabalho. Se você adotar o ponto de vista do paciente a respeito do seu modo de beber, em vez do de sua família (ou da sociedade), poderá usar o *insight* dele para entrevistá-lo,

o que vai ajudar na comunicação, na avaliação diagnóstica e na avaliação do estado mental.

Diagnóstico: Esteja atento aos indícios de funções mentais perturbadas, o que pode ser mais produtivo, no início do processo diagnóstico, do que perguntar pela queixa principal. Mesmo que você não os investigue, comece a formar opções diagnósticas para sua lista nº 1 (ver Capítulo 6).

A duração do período de aquecimento depende da cooperação do paciente. Se ele está relutante ou hesitante em falar com você, levará mais tempo para estabelecer a comunicação do que quando espontaneamente oferece as informações. Quando ambos se sentirem à vontade um com o outro, estão prontos para rastrear o problema, avaliando a queixa principal. Isso leva a doença do paciente para o centro da entrevista. A queixa principal confronta você com sintomas, padrões de comportamento perturbado, reações a estressores e problemas com a vida. Baseie suas impressões diagnósticas iniciais nesses relatos. Construa e tenha em mente as três listas (Capítulo 6):

1. lista nº 1 de doenças prováveis — seja superinclusivo
2. lista nº 2 de doenças excluídas
3. lista nº 3 de doenças ainda não-verificadas

Liste as doenças de acordo com a hierarquia, conforme o exposto no Capítulo 6, isto é, comece com os principais transtornos psiquiátricos, seguidos pelos transtornos de personalidade e pelos problemas psicossociais e ambientais.

Os quatro componentes da entrevista se entrelaçam: enquanto pergunta pelos sintomas e problemas, você observa o estado mental do paciente, à procura de sinais emergentes de comportamento perturbado. O seguimento desses através da confrontação, por exemplo, impulsiona o processo diagnóstico. Se essas intervenções perturbam a comunicação, identifique as funções do estado mental responsáveis pelo estancamento — idéias persecutórias ou raiva, por exemplo. Modifique então sua técnica, de modo a reavivar a comunicação e envolver novamente o paciente no processo diagnóstico.

Observe como o paciente formula seu pensamento, como ele pensa e processa a informação. Analise que tipo de perguntas o ajudam a se abrir e falar sobre seus problemas e que perguntas o distraem e confundem. Ajuste sua técnica de acordo com cada situação. Redirecione-o quando ele se desviar da discussão de seus próprios problemas. O que você pode concluir a partir dessas observações para o estado mental e o diagnóstico diferencial?

2. FASE 2: SEGUIMENTO DAS IMPRESSÕES PRELIMINARES

Objetivo: Tomar decisões diagnósticas e verificar os diagnósticos prováveis e excluir os improváveis.

Comunicação: A fase 2 é aquela que mais duramente põe à prova o paciente, pois ele tem que fornecer informações muito específicas, que lhe permitam tomar as decisões diagnósticas. Enquanto a fase anterior era centrada no indivíduo, permitindo-lhe selecionar os assuntos e descrever sua dor e seu sofrimento, esta é centrada na tarefa. O paciente deve responder a perguntas detalhadas, que às vezes são difíceis, e cujo objetivo nem sempre é claro para ele. Além disso, suas perguntas podem parecer pular de forma errática de um tópico a outro. Saiba reconhecer quando ele fica confuso e explique a fundamentação lógica que preside a seleção e a sequência de temas. A essa altura, o entrevistado já deveria estar convencido de "que você sabe o que está fazendo", e que não é apenas um ouvinte compassivo, mas também um especialista.

Técnica: Uma vez que durante esta fase são buscadas informações que permitam tomar decisões diagnósticas específicas, empregue várias técnicas de condução: redirecionamento, quando o paciente começa a entrar em excesso de detalhes sobre um tema; transições acentuadas ou abruptas, quando precisa cobrir diferentes assuntos e verificar suas opções diagnósticas. Já que o terapeuta é mais ativo durante esta fase do que na anterior, pode encontrar resistência e mecanismos de defesa com os quais terá que lidar.

Estado mental: Durante a fase 2, você solicita informações detalhadas e precisas do paciente. Portanto, tome consciência de funções específicas do estado mental, como conteúdo do pensamento, memória remota (sintomas que ocorreram no passado), memória recente, *insight*, conceito de palavras, objetividade do pensamento, firmeza das associações e velocidade do pensamento. Já que você pode trocar rapidamente de assunto, também pode julgar a facilidade ou não com que o paciente consegue acompanhar as mudanças.

Diagnóstico: Repasse os transtornos da lista nº 1, verificando sua presença ou excluindo-os. Decida se as queixas do paciente melhor se encaixam num transtorno clínico, de personalidade ou de adaptação. Frequentemente, encontra-se uma combinação de um ou mais desses transtornos clínicos com um transtorno de personalidade. Tente distingui-los e investigá-los separadamente. Este processo encurta e solidifica a lista nº 1, a dos transtor-

nos prováveis; e aumenta a lista nº 2, a dos transtornos excluídos.

Como na fase 1, não há progresso diagnóstico sem a manutenção da comunicação, sem o controle constante do estado mental do paciente e sem a sintonia fina das técnicas de avaliação. Se o entrevistador negligenciar qualquer um desses quatro componentes, pode perder informações que corroborem o seu diagnóstico, ou então poderá não ser capaz de fazer um diagnóstico. A insensibilidade ao estado mental ou à comunicação pode pôr em risco toda a entrevista, e o resultado será um término prematuro.

3. FASE 3: HISTÓRIA E BASE DE DADOS

Objetivo: Obter a história, o curso do transtorno, a personalidade pré-mórbida, a história psiquiátrica da família e a história médica e social para confirmar o diagnóstico, preencher as lacunas da história e da avaliação do estado mental e investigar indícios e inconsistências.

Comunicação: Por meio da avaliação e do entendimento da história do paciente, seu conhecimento especializado vai se fazer notar. Esta meticulosidade e o interesse nos problemas do seu paciente intensificam a comunicação.

Nesta fase, você cobre um território conhecido para o paciente. Ele já contou anteriormente a sua história para outros profissionais da saúde. Entretanto, existem obstáculos à comunicação nesta fase: assuntos constrangedores — ser despedido de um emprego, ser preso, abuso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, conduta desleal. Evite um comportamento crítico. Seu objetivo é compreender o paciente, não julgar suas ações.

Domine duas tarefas relacionadas à comunicação durante esta fase:

1. Motive o paciente a fazer alguns testes. A testagem põe à prova a comunicação, podendo ativar a ansiedade quanto ao desempenho. Isso o lembra de um papel de estudante. Se a comunicação for frágil, ele pode se recusar a ser testado (como May, no Capítulo 9). Para assegurar a cooperação, explique cuidadosamente o objetivo de cada teste. Enfatize que não há reprovação; o teste serve para auxiliar e não para atribuir notas. Forneça-lhe um retorno imediato dos resultados e de como esses corroboram o diagnóstico.
2. No caso de haver inconsistências na história do paciente, peça-lhe que o ajude a esclarecer os pontos que ainda ficaram confusos para você. Se confrontá-lo, poderá despertar ansiedade, suspeição ou rai-

va. Portanto, enfatize que você não entendeu e que está confuso, em vez de insinuar que ele deu informações incorretas.

Técnica: Seu objetivo, durante esta fase, é manter o paciente animado, para lhe dar uma história detalhada de suas doenças psiquiátricas. Encontre novos ângulos para ajudá-lo a explorar seu passado. Dê origem a novos insights. Transições súbitas nos assuntos revigoram a entrevista. Esteja atento a distorções da realidade e à resistência a fornecer certas informações. Identifique seus mecanismos de defesa e lide cuidadosamente com eles, caso obstruam o processo diagnóstico. Se este for seu primeiro contato com o paciente, você pode ignorá-los (ver Capítulo 3).

Se encontrou inconsistências, diga ao paciente que não tem uma idéia clara sobre alguns acontecimentos do seu passado, ou que você precisa de ajuda para reconciliar A com B. Se dispõe de alguns indícios, explore-os, mantendo o paciente ciente de suas observações. Não o ameace, mas comunique-lhe que *é do melhor interesse do próprio paciente* que você possa entender a base dessas inconsistências ou desses indícios.

Estado mental: A fase 3 dá uma ampla oportunidade para testar a memória remota do paciente. Suas ações passadas revelam sua responsabilidade social. Estenda sua história social examinando seus planos futuros, que lhe darão uma noção a respeito de seu juízo crítico.

Você pode identificar algumas lacunas e pode ter uma noção vaga da capacidade de concentração, da memória recente e da inteligência do paciente a partir da entrevista, mas necessitar de dados quantitativos para apoiar sua impressão preliminar. Agora é o momento de testar, logo antes da fase de *feedback* (fase 4). Testar precocemente teria interrompido o fluxo da informação.

Diagnóstico: Determine a duração e o curso dos problemas do paciente. O curso foi episódico, crônico ou deteriorante? Os transtornos psiquiátricos principais podem estar associados a transtornos de personalidade específicos; tenha essa relação em mente. A esquizofrenia, por exemplo, pode ser precedida pelo transtorno de personalidade esquizóide ou esquizotípica. A história do paciente mostra o impacto da doença na sua vida.

A história médica pode contribuir para o diagnóstico psiquiátrico. Por exemplo, várias cirurgias desnecessárias apontam no sentido de um transtorno de somatização; transtornos endócrinológicos podem ter desencadeado ou complicado um transtorno do humor. Convulsões ou traumatismos cranianos podem ter deixado o paciente predisposto a um transtorno amnésico.

Por fim, rastreie seus familiares em primeiro grau em busca de evidências de doenças psiquiátricas. O transtorno bipolar, a esquizofrenia, os transtornos por uso do álcool, o transtorno de pânico ou o obsessivo-compulsivo em um ou ambos os pais ou irmãos podem aumentar sua certeza diagnóstica e podem lhe dar um lampejo sobre o futuro do paciente.

A fase 3 solidifica as impressões diagnósticas da lista nº 1. Quando você revê a história e a personalidade pré-mórbida e encontra um curso crônico onde estava esperando um curso com remissões, pode detectar um transtorno de personalidade previamente não valorizado de forma adequada. Acrescente-o à sua lista nº 1 e examine-o cuidadosamente.

A fase 3 completa a coleta de evidências para as suas impressões diagnósticas, sua lista nº 1. Esta fase também oferece uma chance para ir além da patologia principal e rastrear qualquer outro transtorno não-explorado, a lista nº 3. Investigue especialmente a presença de abuso de álcool e outras substâncias, que podem imitar — durante a intoxicação ou a abstinência — uma grande variedade de sintomas psiquiátricos. Assim, você reduz a lista nº 3 em favor das listas nº 1 ou nº 2.

Os indícios ainda não-examinados podem ser vistos agora. Por exemplo, talvez o paciente tenha olhado o relógio repetidamente e limpado os óculos oito vezes durante a entrevista. Ou talvez ele usasse sempre a mesma frase, como:

"Isso é típico do governo",

ou

"E então aconteceu o mesmo de sempre."

Esse é o momento de esclarecer as inconsistências entre a história psiquiátrica do paciente, sua impressão diagnóstica e o tratamento prévio. Por exemplo, investigue se o paciente deprimido ou ansioso que foi tratado com neurolepticos alguma vez ouviu vozes ou teve delírios que justificassem tal tratamento. Ou examine uma incompatibilidade entre um acontecimento e sua idade, ou entre sua escolaridade e sua ocupação.

Novamente, durante essa fase, os quatro componentes da entrevista estão inter-relacionados. Sua impressão diagnóstica vai auxiliá-lo a decidir quais testes selecionar para avaliar o estado mental, quais lacunas preencher na história, quais indícios comportamentais seguir e quais inconsistências reconciliar. Sua comunicação e seus achados do estado mental vão guiá-lo na sua abordagem técnica.

A fase 3 não está rigidamente separada das fases precedentes. Os dados históricos podem emergir antes e auxiliar no diagnóstico. Favoreça um fluxo natural das

informações em vez de uma abordagem rigidamente sistemática. Enquanto o paciente lhe fornecer informações pertinentes, permita-lhe guiá-lo por meio de seu passado; dê a ele a chance de explicar a sua história como um guia de museu experiente.

4. FASE 4: DIAGNÓSTICO E FEEDBACK

Objetivo: Explicar ao paciente o que há de errado com ele.

Comunicação: O seu *feedback* deve ter dois efeitos:

1. dar ao paciente confiança no seu entendimento de seus problemas e fazer com que ele o aceite como um especialista, e
2. dar ao paciente confiança em suas recomendações de tratamento, fazendo com que aceite a sua orientação.

Seus papéis como especialista e líder intensificam a comunicação e podem ressaltar os traços da personalidade do paciente. A personalidade dependente pode glorificá-lo, enquanto a narcisista tentará despojá-lo de sua autoridade. Para permanecer no controle, reconheça seus traços de personalidade. Registre as mudanças na atitude. Se uma interação negativa se desenvolver, identifique-a, discuta-a e interprete-a.

Técnica: Abra a fase de diagnóstico e *feedback* dizendo ao paciente alguma coisa do tipo:

"Eu já lhe fiz uma porção de perguntas e nós já discutimos vários pontos. Existe alguma coisa que você gostaria de me perguntar?"

Depois de ter respondido, diga ao paciente o que você sabe sobre os seus problemas. Diga-lhe como e por que você acredita que ele está sofrendo. Estabeleça a ligação entre seu sofrimento e seus sintomas e a natureza de sua doença. Discuta em termos leigos seu diagnóstico de trabalho. Entretanto, postergue a revelação do diagnóstico se este puder afetá-lo de maneira negativa. Explique o que pode ser feito para aliviar seu sofrimento e para controlar seu transtorno, buscando uma total remissão.

Estado mental: A resposta do paciente ao seu *feedback* expõe três funções do estado mental: a capacidade de cooperação, o insight e o juízo crítico. Elas refletem a seriedade com que o paciente vem buscando o tratamento. A falta de interesse no tratamento pode ser um indicio de não-adesão. Pacientes que até então vinham escondendo as tendências suicidas podem, durante a entrevista,

admitir sua profunda falta de esperança se for abordado o desinteresse no tratamento nessa fase. Leve em consideração a possibilidade de hospitalização.

Diagnóstico: Integre todas as observações sobre a comunicação, o estado mental e a história. Após 30 a 45 minutos de entrevista, você deve ter um diagnóstico operacional. Compartilhe com o paciente alguns dos resultados desse processo de integração. Ele poderá aderir ao tratamento se você lhe fornecer o *feedback*, que incrementa a compreensão do paciente sobre sua condição. Você fica sabendo o quanto ele aceita sua doença e as opções de tratamento, e a aceitação melhora o prognóstico.

5. FASE 5: PROGNÓSTICO E CONTRATO DE TRATAMENTO

Objetivo: Fornecer o prognóstico, selecionar o plano de tratamento e chegar a um acordo quanto a um contrato de tratamento.

Comunicação: Seu papel de orientador é essencial durante essa fase. Quanto mais o paciente reconhece sua competência durante a entrevista, mais facilmente vai aceitar e seguir suas recomendações de tratamento, especialmente alguém que seja dependente e aprecie receber gratificações. Quanto mais ele sentir que está recebendo de você, mais provável será que se ligue e estabeleça a adesão ao tratamento. Apresente o prognóstico em termos de adesão ao tratamento. Dê ao paciente sua estimativa sobre a consequência para os seus problemas em ambas as situações: com ou sem a sua adesão ao seu plano de tratamento.

Técnica: Discuta o atendimento ambulatorial e hospitalar; os prós e os contras dos diferentes modelos de terapia disponíveis, como os tipos de psicoterapia, a farmacoterapia, uma combinação dos dois métodos, ou a eletroconvulsoterapia; o custo; o tempo envolvido e as medidas dos resultados. Não deixe de salientar que o plano de tratamento será traçado de acordo com as necessidades dele. Diga que nas consultas de acompanhamento você vai perguntar quando ele deseja retornar, e que vai levar isso em consideração ao marcar as consultas. Para o atendimento ambulatorial, assinala a frequência e por quanto tempo o paciente precisará se tratar.

Se recomendar tratamento farmacológico, discuta o tipo de medicamento, a dose, os horários, a eficácia e o perfil dos parafarmacos. Seja detalhista a respeito dos principais efeitos adversos possíveis, de maneira que o paciente se sinta plenamente informado. Diga-lhe o que fazer no caso

de surgirem efeitos adversos. Somente então discuta os efeitos benéficos do tratamento. Peça a ele que utilize sempre a mesma farmácia, para que o farmacêutico conheça todos os medicamentos prescritos e que as possíveis interações entre eles possam ser verificadas. Além disso, solicite que o paciente leia os guias informativos que a farmácia entregar junto com os medicamentos.

Evite levantar expectativas falsas sobre o sucesso do tratamento. Prepare-o para possíveis mudanças no plano de tratamento. Se e quando ele aceitá-lo e prometer aderir aos detalhes, você saberá que (por enquanto) terá aceito a sua orientação.

Após a discussão de um plano individualizado de tratamento, o paciente pode assumir que você será o seu terapeuta. Apesar dessa pressuposição, não deixe de discutir explicitamente esse ponto com ele. Se você se sente competente para tratá-lo e assim deseja fazer, diga-lhe isso; do contrário, recomende-lhe um outro especialista. Mesmo que você deseje trabalhar com o paciente, ele deve ter a opção de tratar-se com você ou solicitar um encaminhamento. Alguns pacientes, por exemplo, podem sentir que um terapeuta de um gênero diferente possa ser mais aceitável, ou então algum que resida próximo de sua casa. Seus honorários podem ser altos demais, ou ele pode querer utilizar um centro de saúde mental. Antes de iniciar o tratamento, certifique-se de que o paciente o aceita plenamente como seu terapeuta e de que fez esta escolha na presença de alternativas.

Atualmente, existem vários planos de saúde que limitam as escolhas do segurado, podendo penalizá-lo se a sua opção não se encaixar no plano e reduzir ou mesmo suspender sua cobertura. Consolide o paciente desses fatores, para que ele não deixe de verificar isso com seu seguro de saúde. Se ele se decidir por consultar com você, certifique-se de que ambos têm bem claros os limites da cobertura dele. Informe-o de que ele será responsável por todos os gastos adicionais. Se para ele a escolha livre for importante, e seu plano for muito restritivo, recomende outros planos disponíveis por meio de seu empregador. Enfatize o direito de escolha individual.

Depois que o paciente entendeu e concordou com o plano de tratamento e o aceitou como terapeuta, feche o contrato de tratamento. Leve a sério cada detalhe e permita-lhe concordar com todos os termos: com que frequência e por quanto tempo vão se estender as consultas; qual o valor das consultas regulares e das consultas perdidas mas não canceladas; quem o substituirá quando você estiver fora; como ele poderá encontrá-lo fora de seu horário de trabalho. Diga-lhe sob quais circunstâncias você espera que ele ligue. Quanto mais explicitamente ele concordar com todos os termos, mais se sentirá obrigado a cumprir com a sua parte do contrato.

Estado mental: A compreensão que o paciente tem do prognóstico e do plano de tratamento e seu *insight* dos problemas se tornam evidentes. O que pode surpreendê-lo é a confiança que alguns pacientes expressam no futuro e em sua capacidade de aderir ao tratamento. Pacientes que são muito confiantes e grandiosos muitas vezes seguem intensamente o tratamento por um curto período, mas, quando experimentam algum tipo de fracasso — o que costuma ocorrer com regularidade —, o abandonam. Por exemplo, um paciente que abusa do álcool pode lhe contar em termos arrebatados que domingo foi a última vez que tomou uma gota de bebida. De agora em diante, não mais! Ele esvaziará todas as garrafas de bebidas alcoólicas, abandonará os amigos de bebedeiras e começará uma vida nova de perfeição. Sem refrear o entusiasmo do paciente, informe-o que as recaídas não devem ser encaradas como um fracasso. Ajude-o a entender que a recaída é parte da doença e que seu objetivo é auxiliá-lo a reconhecer que o processo de recuperação leva tempo.

Bem no final da entrevista, você pode desejar perguntar ao paciente como ele se sentia no início da entrevista e como se sente agora. Assinale para ele que você está desejoso de revê-lo novamente. Expresse um grau justificável de otimismo sobre as consultas futuras e o progresso antecipado.

6. ENTREVISTA COM UM PACIENTE COOPERATIVO

A maioria dos pacientes psiquiátricos é cooperativa. Eles respondem às perguntas com precisão e se envolvem na entrevista espontaneamente, ou pelo menos depois de um breve período de aquecimento.

Nós reproduzimos uma entrevista típica, com uma paciente hospitalizada, de 29 anos, branca. Editamos a entrevista numerando todas as perguntas e adicionando algumas perguntas (P) e respostas (R) para ilustrar o que discutimos nos Capítulos 1 a 6. Também a dividimos em cinco fases, para mostrar como cada fase contribui para a comunicação, o estado mental, as técnicas e o diagnóstico.

Fase 1: Aquecimento e rastreamento do problema

Em uma unidade de tratamento intensivo, a paciente está sentada em sua cama, vestida com o avental do hospital. Seu cabelo loiro acinzentado está desleixado, deixando à mostra 1 cm de raiz de cabelo castanho já

crecido. Não está usando nenhuma maquiagem e sua pele é pálida e acinzentada.

Ela dá umas olhadelas ao psiquiatra, quando ele se aproxima da sua área, que está separada dos leitos vizinhos por cortinas parcialmente corridas. Lambe seus lábios secos; seu lábio inferior está machucado e inchado, presumivelmente por ter sido entubada, há dois dias atrás. Parece mais velha do que sua idade declarada. Engole em seco quando o entrevistador está pronto para se dirigir a ela:

1. P: Bom dia, sra. Goodman, meu nome é dr. O. O dr. M. lhe disse que gostaria que eu a visse?

R: Sim, ele me disse.

2. P: A senhora se sente confortável para conversar com um psiquiatra?

R: Bem... Não sei o que é que pode adiantar... simplesmente fazer um monte de perguntas sem sentido não vai me ajudar em nada. Mas eu imagino que o senhor vai fazer o que quiser de qualquer modo, mesmo que eu não... (fala de modo hesitante)

3. P: Se a senhora conversar comigo, nós talvez possamos entender o que a trouxe aqui.

R: Isso eu sei, de qualquer jeito. Não preciso do senhor para isso. (afunda-se no seu travesseiro e vira o rosto na direção contrária à do entrevistador)

4. P: Nossa! A senhora deve estar realmente p. da cara para querer arrancar a minha cabeça fora antes mesmo de eu começar a falar com a senhora.

R: Isso mesmo.

5. P: Irritada desta maneira, parece que a senhora andou pelo inferno.

R: (lentamente ela se vira e olha para o psiquiatra) Desculpe... se eu pareço rude... eu só não consigo, eu sou tão pávio curto... qualquer coisinha me faz explodir.

6. P: Talvez a senhora possa desabafar um pouco, e, é claro, se se sentir muito mal e não estiver agüentando, simplesmente me avise e nós podemos continuar mais tarde.

R: Hmm...

7. P: Como a senhora vem sendo tratada aqui?

R: Ah!, eu não poderia imaginar um lugar melhor.

8. P: Há quanto tempo a senhora está na unidade de tratamento intensivo?

R: Há dois dias. Eu vim para cá no sábado à noite.

9. P: Existe algo que eu possa fazer antes de nós começarmos?... (esperando) como lhe servir algo para beber?

R: Um copo de água gelada seria bom. (o entrevistador vai buscá-lo no posto de enfermagem)

10. P: (ao voltar do posto de enfermagem com o copo d'água) Em primeiro lugar, o que a trouxe aqui?

R: Eu tinha problemas com o meu marido — nós discutíamos e brigávamos —, e as crianças me deixavam nervosa. E então eu não conseguia dormir. No sábado, eu tomei alguns comprimidos.

11. P: Tomou alguns comprimidos?

R: Bem, eu tomei todos os comprimidos que nós tínhamos em casa.

12. P: Hmm.

R: Porque eu estava cansada...

13. P: (apenas olha para ela)

R: Eu só queria deitar e dormir.

14. P: (ainda olhando para a paciente)

R: ...e... e não acordar.

15. P: Hmm. A senhora deve ter-se sentido realmente horrível... não querendo acordar.

R: É, eu acho... eu estava realmente cheia. Eu me sentia esgotada.

16. P: Tanto que a senhora estava preparada para morrer?

R: Eu não estava pensando sobre isso nesses termos... naquela hora. Eu estava... simplesmente cansada de tudo — como eu disse, eu simplesmente queria me deitar e dormir e esquecer tudo... eu não pensava nisso em como se fosse me matar.

17. P: Simplesmente para se livrar daqueles sentimentos?

R: É. Está certo. Matar todos aqueles sentimentos.

18. P: A senhora ainda se sente assim?

R: Hmm... Não sei... eu acho... às vezes.

Gravidade

19. P: O que acontece com a senhora quando está tão para baixo?

R: Não quero me mexer. (puxa a coberta, virando-se de lado) Não quero ver ninguém... Quero ficar em paz... simplesmente quieta e em paz. (a paciente fecha os olhos)

20. P: Hmm... (o entrevistador coloca sua mão no ombro da paciente, o qual está coberto com o lençol)

R: ... Não ter que responder nada.

21. P: Ah!... hmm, a senhora se sente assim agora?

R: Hmm... agora...? (vira-se para o entrevistador e abre os olhos) Mais cedo eu me senti assim, eu acho. Todo mundo me irrita... Eu quero ficar em paz, tudo é um esforço.

22. P: Entendo... Deve realmente lhe chatear ter que falar comigo agora.

R: É... Hmm... é... está bem, eu acho. O senhor parece entender; isso torna a coisa mais fácil.

23. P: Entendo... então... a senhora ainda se sente para baixo?
R: É, muito.
24. P: Eu sinto muito que seja tudo tão duro para a senhora. A senhora estava tão para baixo que sentiu que estava fora do ar?
R: É, como se estivesse enlouquecendo.
25. P: Enlouquecendo? Ouvindo coisas até?
R: É... eu estava... tipo, talvez... estava sozinha numa sala... e achava que... que ouvia alguém me chamar... chamar o meu nome ou algo parecido, mas eu não via ninguém falando... e não havia ninguém.
26. P: Sim, isso acontece com as pessoas quando elas estão realmente deprimidas... conte-me mais sobre isso.
R: Só o meu nome... talvez duas ou três vezes... tipo, eu me dava conta daquilo... talvez não como uma voz.
27. P: Quando a senhora se sentia assim... conseguia fazer alguma coisa... como o seu trabalho habitual?
R: Ah!, não... tudo era demais... eu não conseguia nem mesmo ir ao armazém — isso me deixava tão nervosa!

Curso

28. P: Quando tudo começou?
R: Eu sempre tive esses sentimentos, eles iam e voltavam. Mas realmente piorou nas últimas seis semanas.
29. P: Iam e voltavam?
R: Sim. Eles me atacavam assim, do nada.
30. P: E a senhora também não conseguia ir ao armazém nesses momentos?
R: Ah!, não... Isso foi só nas últimas semanas. Antes disso eu era simplesmente ranzinza e maldosa... terrível com meus filhos e com Al. (o marido da paciente)
31. P: A senhora conseguia trabalhar naquela época?
R: Sim, eu conseguia, mas eu me sentia muito lerdinha... simplesmente não prestava para nada. Mas eu acho que parecia bem... para quem me via de fora. E, na verdade, não durou muito tempo.
32. P: E agora?
R: Agora? Agora isso é diferente. Agora me pegou de jeito. Nunca tinha me acontecido nada assim antes.

Estressor

33. P: Então essa vez realmente lhe pegou? Diga-me o que aconteceu, o que foi que desencadeou a coisa toda?

R: Hmm... Eu me senti pressionada. Simplesmente parecia que todo mundo estava fazendo exigências em cima de mim... mais do que eu podia suportar. E eu me senti... como se tivesse presa.

34. P: Presa?
R: É, no trabalho. Uma menina no trabalho... estava indo fazer uma cirurgia... e então uma outra estava entrando em férias, e eu estava assumindo o trabalho de ambas e o meu também... e eu ficava esquecendo as coisas ou preenchendo tudo errado...
35. P: Ah!, vamos dar uma olhada na sua concentração e na sua memória daqui a pouco mais... de qualquer forma, a senhora disse que se sentia pressionada.
R: Pressionada... É... eu me sentia como se estivesse presa numa armadilha. Tinha que fazer as coisas e não conseguia. Quanto mais tentasse, pior ficava. Fiquei toda enredada. Isso me puxou para baixo.
36. P: (franze a testa) A senhora se sentiu sobrecarregada de trabalho?
R: (irritada) É, eu não acabei de lhe dizer?
37. P: Estar sobrecarregada de trabalho a puxou para baixo?
R: É, no meu trabalho e em casa... deve ter sido... não tinha mais nada acontecendo...
38. P: (levantando uma das sobrancelhas) Hmm...
R: O senhor não acredita?
39. P: (com ênfase) Claro que eu acredito na senhora. Deve parecer dessa forma para a senhora.
R: O que é que o senhor quer dizer?
40. P: Quero dizer que a senhora sentiu mais pressão porque havia mais pressão... ou talvez porque a senhora podia suportar menos pressão.
R: (incomodada) O senhor está fazendo um jogo com as palavras.
41. P: Talvez eu jogue com o modo como se pode olhar para a coisa toda.
R: (balança a cabeça) O senhor me confunde.
42. P: Eu lamento... mas queria lhe perguntar: já aconteceu isso antes de alguém estar de férias?
R: Ah!, é, acontece todos os anos, uma ou duas vezes, nos últimos cinco anos.
43. P: E então isso lhe incomoda?
R: Hmm... hmm... não... no ano passado eu apenas falei com o supervisor. Eu disse para ele que não estávamos dando conta e que era melhor ele mandar alguém mais, para me ajudar... mas Ron (o supervisor) não podia fazer isso, de fato. Ele pediu à outra secretária que respondesse a correspondência que eu achasse importante. O resto, ele disse, simplesmente tinha que esperar.
44. P: Hmm... e desta vez?

- R: Desta vez foi diferente. Eu não estava preparada para enfrentar. Senti que tinha que dar conta da situação... sozinha. Não conseguia encarar-lo e lhe dizer que não podia assumir o trabalho da Rosie. Então eu simplesmente fui engolindo tudo.
45. P: A senhora não conseguia encarar-lo?
R: Ah!, simplesmente não me parecia certo. Eu achava que a estaria decepcionando se me queixasse pelas suas costas. Não podia fazer isso.
46. P: Então a senhora achava que não podia decepcioná-la?
R: É, fazer fofoca sobre ela.
47. P: E como se sentia, de modo geral?
R: Mal-humorada... na fossa, eu acho.
48. P: Então desta vez foi diferente... diferente desde o início?
R: O senhor quer dizer que, porque eu estava para baixo, me senti daquele jeito?
49. P: Sim. É isso mesmo.
R: Mas o que mais poderia ter me puxado para baixo?
50. P: Às vezes as pessoas se sentem deprimidas sem uma razão. Nós vamos conversar sobre isso mais adiante.
R: Mas isso é loucura...

Comunicação: A paciente rejeita os comentários iniciais do entrevistador. Prontamente, ele aborda sua atitude desanimada em relação a ele e mostra sensibilidade pelo seu desconforto. Ele supera sua defesa territorial (a paciente se vira na direção contrária) com uma linguagem forte, para fazer frente ao seu afeto e obter a sua atenção. Ativa seus sentimentos de culpa quando a confronta com sua hostilidade. Quando ela demonstra pesar e tristeza, ele rapidamente responde a seu sinal verbal (pavio curto) com empatia.

Ela o coloca no papel de uma autoridade esmagadora (Resposta 2). Ele a tranquiliza, dizendo-lhe que podem continuar com a entrevista mais tarde, se ela assim o desejar (Pergunta 6), mas toma cuidado para não encorajá-la a escapar da entrevista, mantendo-se no comando. Mostra preocupação por seu bem-estar e tenta colocá-la à vontade, servindo-lhe algo para beber.

Já que, inicialmente, o entrevistador enfrenta algumas dificuldades para estabelecer a comunicação, posterga a questão da queixa principal (Pergunta 10). E, uma vez que a comunicação se mantém desestabilizada, rastreia o comportamento da paciente à procura de indícios de resistência, como uma postura hostil, evitação do contato visual, respostas evasivas ou breves, do tipo sim ou não.

Ele assume o papel de ouvinte empático (Perguntas 15, 22, 24, 26 e 33). Exercita a paciência, esperando pelas respostas sem pressioná-la, mantendo-a num modo es-

pontâneo de conversa, em lugar de colocá-la num modo reativo de respostas, no qual estas teriam que ser extraídas como dentes. Neutraliza o fato de ela ter que admitir um sintoma possivelmente constrangedor (uma alucinação, Resposta 25) como uma experiência típica da depressão, para colocá-la à vontade e encorajá-la a elaborar em torno de seus outros sintomas psicóticos.

As Respostas 33 a 36 mostram que a paciente interpreta seus sentimentos disfóricos como o resultado do estresse em vez de como uma mudança espontânea do humor, mostrando que ela tem um *insight* apenas parcial. O entrevistador tenta questionar a sua perspectiva, mas ela sustenta que seus sentimentos perturbados se devem a um estresse externo (Perguntas 38 a 41).

Técnica: Inicialmente, a paciente perturbada e hostil oferece resistência para falar e não está disposta a cooperar com o entrevistador. Nesse caso, ela mostra uma hostilidade não-provocada, e ele responde na mesma moeda, usando gíria para obter a sua atenção. Embora esteja ciente de que essa abordagem de confrontação possa provocar mais hostilidade, ele sente que é importante colocá-la rapidamente num modo de responder. Tão logo consegue a sua atenção — porque ela lhe responde com precisão —, ele tenta substituir o intercâmbio hostil por uma abordagem empática. Isso funciona porque ativa seus sentimentos de culpa. A Resposta 9 conclui a fase de aquecimento; a paciente parece estar à vontade, aceitando um copo d'água oferecido por ele.

A Pergunta 10 é ampla e aberta para permitir à paciente selecionar seu tema. Essa pergunta pela queixa principal (Pergunta 10) é introduzida por uma transição acentuada, que é viável aqui, uma vez que a paciente não parece estar ansiosa ou desconfiada. O entrevistador investiga o indício ("Eu tomei alguns comprimidos") por meio das técnicas de eco (Pergunta 11), continuação (Perguntas 12 a 14), especificação (Pergunta 16) e resumo (Pergunta 17). Com a Pergunta 18, ele muda para o presente, para sondar a existência de sintomas depressivos persistentes e de ideação suicida como funções do estado mental.

A transição suave (Pergunta 19) tem por objetivo averiguar a gravidade das suas depressões. A Pergunta 33 introduz o acontecimento precipitante como um novo tema, usando outra transição suave. De modo sutil, essa pergunta solicita a interpretação da paciente. Ele ecoa a sua interpretação (Pergunta 34), mas começa a questionar sua exatidão, principalmente por meio de um franzir de cenho (Pergunta 36) e um levantar de sobrancelha (Pergunta 38). A paciente percebe suas dúvidas e responde com irritação (Respostas 36, 38, 40 e 41). Começando pela Pergunta 39, ele sugere, pelas perguntas, uma interpretação alternativa, isto é, que seus problemas possam se dever a uma diminuição de sua capacidade de enfren-

tamento, mais do que a um aumento do estresse (Perguntas 39 a 50).

Estado mental: A observação produz uma mulher alerta, levemente desalinada, que parece mais velha do que sua idade declarada. Seus antecedentes étnicos parecem ser anglo-americanos. Não mantém contato visual e mostra alguns indícios de retardo psicomotor. Seu afeto parece triste, irritável, melancólico e deprimido; ela não sorri quando o entrevistador entra na sala. Mostra reatividade em seu afeto quando ele evoca sentimentos de culpa.

A conversação revela que a paciente está alerta e compreende as perguntas. Sua fala está orientada para um objetivo e é fluente, mas lenta, com uma latência aumentada no tempo da resposta. Ela elabora nas perguntas abertas 1 e 2, em vez de se limitar às respostas sim ou não. Está orientada quanto ao espaço, à pessoa e ao tempo; sua memória de curto prazo está intacta de modo geral (ela lembra corretamente a data da admissão).

Durante a investigação, a paciente relata lentidão psicomotora, ideação suicida e uma alucinação auditiva fugidia. Fornece respostas detalhadas, que são um indício da sua cooperação. Seu vocabulário expressa, no mínimo, uma inteligência mediana. Interpreta seus sintomas como uma reação a uma pressão externa, com a qual sente que deveria ter sido capaz de lidar. Sua interpretação do transtorno, a qual não é fácil de corrigir, revela um *insight* limitado. Sua atitude em relação ao trabalho e aos colegas reflete uma falta de capacidade de afirmação, mas presença de sentimentos de culpa e baixa auto-estima. Tenta superar sua inadequação por meio de hábitos obsessivos de trabalho e um esforço aumentado, em vez de fazer um pedido de ajuda. Portanto, sua abordagem revela um julgamento social prejudicado.

O entrevistador prepara a paciente para uma testagem subsequente da memória na fase 3 (Pergunta 124).

Diagnóstico: O entrevistador inicia com a pergunta sobre a queixa principal, em vez de investigar os indícios comportamentais observados na fase de aquecimento. A paciente lista sintomas associados a depressão: tendências suicidas (Resposta 10), irritabilidade e retraimento social (Respostas 19 e 21). As perguntas de número 11 a 17 esclarecem os comentários sobre suicídio como uma intenção de matar seus sentimentos depressivos, mais do que a si mesma. Tais gestos suicidas podem expressar um ou mais dos seguintes itens:

1. o desejo de comunicar um grave sofrimento (um grito de socorro);
2. frustração e raiva contra si mesma;

3. uma tentativa de induzir culpa nos outros;
4. uma tentativa de se livrar de sentimentos depressivos.

Em contraste, enforçar-se, balear-se ou jogar-se de uma grande altura são métodos geralmente mais graves e costumam ser mais bem-sucedidos.

As perguntas 24 a 26 avaliam sintomas psicóticos, alucinações e delírios, isto é, a gravidade da doença. A paciente experimentou uma alucinação auditiva de ter sido chamada pelo nome. Explicou essa breve experiência auditiva como sendo devida à sua condição nervosa, mais do que ao efeito de um acontecimento mágico. Por causa de seu *insight*, essa alucinação é considerada uma pseudo-alucinação.

Pergunta 28: A troca de uma avaliação transeccional para uma investigação longitudinal dos sintomas examina se os critérios diagnósticos para a depressão estão sendo preenchidos, isto é, duração de mais de duas semanas, o que ajuda a distinguir a depressão do transtorno de adaptação com humor deprimido, já que a depressão tem prioridade diagnóstica sobre o transtorno de adaptação (DSM-IV-TR). A paciente preenche os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior.

As Perguntas 33 a 50 avaliam o aumento da carga de trabalho como um acontecimento precipitante, com o qual a paciente tentou lidar em vez de negociar com seus supervisores por uma melhor distribuição do trabalho. Sentimentos de culpa e tendências obsessivo-compulsivas podem ter contribuído para tal comportamento. Não está claro se a sua culpa ou obsessividade são traços de personalidade, exacerbados pela depressão, ou sintomas de um episódio depressivo.

A partir da resposta da paciente, que indica que, no passado, ela podia lidar com situações semelhantes, nós podemos concluir que a carga aumentada de trabalho não é a causa para a sua depressão — é improvável que esta tenha desencadeado o episódio depressivo. A interpretação mais plausível é que a paciente já estivesse deprimida, e que seu fracasso em se ajustar à carga maior de trabalho tenha diminuído ainda mais sua capacidade de enfrentamento, já afetada pela depressão.

No final da fase 1, a fase de aquecimento e rastreamento, a lista nº 1 das opções diagnósticas possíveis inclui:

- transtorno por uso de álcool
- transtorno por uso de substâncias
- transtorno bipolar, deprimido
- transtorno depressivo maior
- transtorno ciclotímico
- transtorno distímico
- transtorno de somatização
- transtorno de personalidade histriônica

- transtorno de personalidade *borderline*
- transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
- transtorno de personalidade dependente

Todos esses transtornos deveriam ser, idealmente, investigados minuciosamente na fase 3. Essa lista não é inalterável. À medida que indícios surgem durante a entrevista, outras doenças podem ser acrescentadas (ver a seguir, transtornos de pânico e obsessivo-compulsivo). A lista nº 2 excluiu alguns transtornos psiquiátricos, como o transtorno de adaptação com humor depressivo e os transtornos cognitivos. Todos os transtornos do DSM-IV-TR não-mencionados nas listas nº 1 ou nº 2 permanecem na lista nº 3, dos transtornos psiquiátricos não-verificados.

Fase 2: Seguimento das impressões preliminares

51. P: Hmm. Vamos falar sobre isso.
R: O senhor sabe, eu não andava dormindo bem. É provavelmente por causa disso. Eu simplesmente sentia que tinha que ir embora e me afastar de todo mundo... comecei a perder o apetite e, o senhor sabe, só coisas evasivas.
52. P: Coisas evasivas?
R: Não quero falar sobre isso agora... não agora.
53. P: Coisas evasivas... (olha para a paciente, mas ela não responde) Soa como se a senhora tentasse empurrá-las para fora de sua mente?
R: É.
54. P: Elas ainda devem aborrecê-la.
R: É uma loucura... bem, vamos esquecer isso agora.
55. P: Deve ser difícil falar sobre isso.
R: É, não quero mais pensar sobre isso. Eu me sentia realmente muito mal.
56. P: É, a senhora se sentia tão mal que até afetava o seu sono.
R: É, era desagradável.
57. P: Que tipo de problemas de sono?
R: Ah!, ficava acordada até as 23h ou meia-noite, e me acordava durante a noite... às 5h30min ou 6 horas já estava acordada... e ia assim o dia inteiro.
58. P: E o apetite?
R: (não responde)
59. P: A senhora perdeu algum peso?
R: Sim, uns 15 quilos... minhas roupas estavam caindo. Tudo estava grande demais.
60. P: Qual é o seu peso agora?
R: (ri) Não quero responder isso. (a paciente pesa 70 quilos no momento da entrevista)

61. P: A senhora queria perder tanto peso assim?
R: É... mas eu também não tinha nenhum apetite.

Episódios maníacos

62. P: A senhora diz que, agora, se sente mal-humorada e na fossa. A senhora já se sentiu o oposto? A senhora já se sentiu realmente para cima, tanto que os outros diziam: "Meu Deus! você está tomando cocaína ou alguma coisa parecida?"
R: Sim, tipo: "O que foi que aconteceu? Onde foi que você conseguiu toda essa energia para fazer as coisas, o que é que está acontecendo?" E no dia seguinte eu estava de novo tão para baixo... o senhor sabe.
63. P: Quanto tempo durou o seu período de excesso de energia mais longo?
R: Mais ou menos três semanas.
64. P: Três semanas!
R: É, no mínimo.
65. P: Que tipo de coisas a senhora fez durante esse tempo?
R: O que é que o senhor quer dizer?
66. P: Alguma vez a senhora fez alguma coisa... que a senhora lamenta agora... como gastar um monte de dinheiro, envolver-se com alguma coisa ou com alguém?
R: Não, não, nada disso.
67. P: E a sua energia naquela época?
R: Ah!, estava ótima. Eu simplesmente me sentia contente — e me sentia satisfeita com tudo à minha volta.
68. P: Como andava o seu sono nessa época?
R: Bem, eu ficava acordada até tarde e levantava cedo, mas, pelo menos, dormia toda a noite. Tinha menos necessidade de sono.
69. P: E como era a sua fala?
R: Talvez falasse mais rápido.
70. P: Mais rápido?
R: Matraqueando — é, (ri, constrangida)
71. P: Os outros comentavam sobre isso?
R: Bem, o meu marido me dizia para calar a boca de vez em quando. (ri novamente e enrubesce)
72. P: Ele costuma fazer isso?
R: Não, só quando eu começava a matraquear.
73. P: Com que frequência a senhora tinha esses períodos de matraquear?
R: Não sei. Não tão seguidamente assim. Não a esse ponto.
74. P: A senhora começava uma série de projetos então?
R: Bem, eu gostava de estar ocupada.
75. P: A senhora concluía tudo o que começava?

P: Ah!, certamente, tudo ia para o seu lugar.

Uso de álcool e de substâncias

76. P: Alguma vez a senhora usou alguma das drogas das ruas para se sentir bem assim?
R: (seu olhar é fixo e vazio) Não...
77. P: Ou por qualquer outra razão?
R: Não, nunca.
78. P: E quanto a beber?
R: Bebidas de álcool...? Não, não gosto de nenhuma delas.
79. P: A senhora toma algum tipo de comprimidos... comprimidos para dor? Se nós dêssemos uma olhada no seu armário de remédios em casa, o que é que iríamos encontrar?
R: Nada, agora.
80. P: E antes disso?
R: Aspirina.
81. P: Frequentemente?
R: Quando tenho dor de cabeça, sim. Mas a maioria é o meu marido quem toma.

Transtorno obsessivo-compulsivo

82. P: Além desses sentimentos depressivos — que a senhora descreveu bastante bem —, a senhora tem outras preocupações, qualquer coisa fora do usual?
R: Como o quê?
83. P: Por exemplo, pensar sempre e sempre de novo sobre a mesma coisa, sendo incapaz de afastar esse pensamento da sua mente?
R: É. Eu tive isso. Estive lutando contra isso nas últimas semanas.
84. P: Que tipo de pensamentos eram esses?
R: Bem, há mais ou menos dois meses eu ficava sonhando que a minha filhinha estava morrendo... Um domingo, na igreja, olhei em frente e a vi lá em cima, brincando no seu caixão, o senhor sabe. Por vários dias depois daquilo, tudo o que eu conseguia pensar era nela deitada lá em cima. Fiquei meio em pânico, a ponto de odiar deixar que ela saísse fora da minha vista. Tinha medo de que alguma coisa pudesse acontecer a ela.
85. P: A senhora alguma vez teve o sentimento de que pudesse a senhora mesma lhe causar dano... acidentalmente... ou mesmo intencionalmente?
R: Não, como eu disse, quando podia sentir que estava ficando irada, mandava as crianças embora, pois sabia que poderia ser levada a espancá-las. Mas não, nunca realmente sequer pensei em causar dano a ela.
86. P: A senhora tinha outros pensamentos que se intrusmetiam na sua mente?
R: É, mas não quero falar sobre eles.
87. P: A senhora não quer discuti-los agora... (depois de uma pausa) Esses tipos de pensamentos estavam lá somente quando a senhora estava deprimida ou estavam presentes o tempo todo?
R: Eles estavam lá uma boa parte do tempo... porque isso é o que costuma me botar para baixo, o senhor sabe. Eu estou bem, e então começo a pensar em coisas e então começo a me sentir mal... a ficar realmente deprimida. E quando estava deprimida, era muito pior, era onde eles me mantinham presa.
88. P: Quando eles começaram pela primeira vez?
R: Há dois ou três meses, eu acho.
89. P: Esses pensamentos eram como visões que vinham à sua mente... como no caso do caixão?
R: É. Assim mesmo... como visões... mas, às vezes, simplesmente como pensamentos.
90. P: Existe alguma coisa que a senhora possa fazer a respeito? Algum ritual ou algum tipo de procedimento para evitar que essas coisas aconteçam? A senhora disse que não deixava a sua filha fora do alcance de sua vista. E fazia mais alguma coisa além disso?
R: Não, não havia mais nada a fazer.
91. P: A senhora fazia coisas como verificar...
R: (parece perplexa e franze a testa)
92. P: Como verificar as chaves das portas... ou o fogo ou o gás?
R: Eu não verificava nada.
93. P: A senhora achava que essas visões ou esses pensamentos eram realmente bobos?
R: Hmm... Um deles me assustou. O senhor sabe, sempre achei que ela nasceria uma criança já crescida e que eu não teria que criá-la até que fosse grande, desde que ela fosse um bebê, o senhor entende. Mas os outros eram bobos.
94. P: A senhora pode me contar alguns desses que eram bobos?
R: Não.
95. P: A senhora deve se sentir bastante constrangida a respeito deles, a ponto de ter que escondê-los tanto assim — qual é a razão?
R: Muitas razões, mas também não vou discuti-las — o senhor parece que sabe muito sobre elas de qualquer forma.

Transtorno de pânico

96. P: Certo. A senhora diz que alguns desses pensamentos a assustaram. Alguma vez aconteceu de a

senhora se sentir tão assustada a ponto de ter uma crise de pânico?

- R: É, naquela manhã em que a vi no caixão em frente a mim, tive que sair. Estava tremendo e gritando (risadinha), o senhor sabe, tipo à beira da histeria, eu acho.
97. P: A senhora tinha que lutar para buscar o fôlego?
R: Não.
98. P: Descreva simplesmente o que lhe aconteceu quando a senhora teve aquela crise.
R: Estava assustada, muito nervosa, minhas mãos estavam frias e úmidas.
99. P: Frias e úmidas? Formigando também?
R: Não. Não tinha formigamento.
100. P: E a sua visão?
R: A minha visão? Não havia nada de errado com ela, nada.
101. P: E o seu coração?
R: Nada de errado com o meu coração, simplesmente o mesmo.
102. P: Nenhuma palpação?
R: Não. Nada disso.
103. P: Com que frequência a senhora tem esse tipo de crise?
R: Não mais do que duas ou três vezes. Realmente só começou a aparecer há pouco. Isso foi só há uns dois dias.

Comunicação: A senhora Goodman fornece uma história coerente e a desenvolve espontaneamente, com todos os indícios de uma boa comunicação. Portanto, não são necessários comentários adicionais. O entrevistador continua a desafiar a sua explicação para a depressão.

No entanto, quando ela explica sua depressão como sendo devida ao sono inadequado, ele adota a perspectiva dela; forma uma aliança com ela, sem tentar corrigi-la além do seu nível de *insight*, preservando, assim, a comunicação.

Ela se recusa a discutir os pensamentos obsessivos (Respostas 51 a 54, 86, 94 e 95). Tal recusa pode se dever a um temor de se sentir esmagada ao discuti-los, ou medo de ser considerada "louca" ou "boba". Como sua recusa é limitada aos sintomas não-essenciais para o diagnóstico operacional e o manejo imediato, o entrevistador, após uma confrontação repetida, expressa empatia com sua recusa e decide abster-se de prosseguir a pressioná-la e contorna a resistência da paciente, de modo a não colocar a comunicação em risco. Ela reconhece a sábia decisão do entrevistador (Resposta 95), o que parece justificar a sua abordagem.

Técnica: As Questões 56 a 61 são especificações dos sintomas mencionados na Resposta 51, utilizando-se as

técnicas de especificação (Questão 57) e verificação de sintomas (Questões 58 a 61).

Questões 62 a 75: o entrevistador aborda os sintomas maníacos por meio de uma transição suave. Contrasta seu estado depressivo atual com o seu oposto. Depois, ela admite a euforia, mas nega comprar desbragadamente (Resposta 66); ele verifica outros sintomas maníacos (Questões 67 a 69, 74 e 75) com perguntas circunscritas, abertas e fechadas. Após uma transição suave (Questão 76), ele rastreia o abuso de álcool e outras substâncias e o exclui.

Questões 82 a 95: verifica o transtorno obsessivo-compulsivo por meio de uma estratégia padrão; com questões amplas (Questões 82 e 83), rastreia a presença dos sintomas essenciais da doença. Já que a paciente se recusa a descrever seus pensamentos obsessivos, ele a confronta com sua resistência nas Questões 87 e 95. Quando a paciente se recusa a discutir a razão para sua resistência, o entrevistador começa a discutir outra patologia.

Questões 96 a 101: com uma transição suave, o entrevistador estabelece a ligação entre as obsessões e o transtorno de pânico, colhendo a pista que a paciente oferece na palavra "assustada", e continua com questões abertas e fechadas, orientadas para a investigação dos sintomas.

Estado mental: A observação a respeito de sua colega, a quem ela não poderia decepcionar, representa uma culpa quase não-realista, se não delirante. A paciente também mostra supressão de seu possível conteúdo de pensamento obsessivo, o qual parece experimentar não como egodistônico, mas como ameaçador à sua integridade. Experimenta seus impulsos agressivos como difíceis de controlar e manda seus filhos para fora de casa. Isso também reflete uma necessidade de retraimento social, o qual colocou em ação quando o entrevistador a encontrou pela primeira vez. Espontaneamente, relata os sintomas vegetativos clássicos da depressão, mas não nitidamente da hipomania ou da mania (Questões 62 a 75). Parece haver experimentado uma grave ansiedade relacionada com o conteúdo de pensamento obsessivo. Durante a entrevista, a ansiedade manifesta não se faz evidente, com exceção de sua recusa em falar sobre suas obsessões. A ansiedade experimentada no passado não parece ser nitidamente um ataque de pânico.

Diagnóstico: O entrevistador verifica mais sintomas de depressão — retraimento social (Resposta 51), insônia inicial, intermitente ou terminal (Respostas 56 e 57) e perda de peso, sem distorção da imagem corporal (Resposta 59). A Questão 62 pergunta por euforia, a qual ela referenda e que dura por aproximadamente três sema-

nas (Resposta 63), sem conduta imprudente (Questões 65 e 66), mas com energia aumentada (Questão 67), diminuição da necessidade de sono (Resposta 68) e urgência no falar (Respostas 69 a 73). Esses sintomas sugerem alguma euforia, mas não interferem com a vida da paciente. Unicamente seu auto-relato o documenta. Não foram necessários nem tratamento nem hospitalização. Essas alterações de comportamento sem valor de sintoma podem estar dentro dos limites do normal e ser experimentadas como um contraste em relação à sua depressão. Entretanto, devem ser levadas em conta, uma vez que podem ajudar a prever uma resposta diferente em relação ao tratamento do transtorno depressivo maior.

Questões 76 a 81: de acordo com a hierarquia diagnóstica, o entrevistador poderia contestar seu diagnóstico de transtorno de depressão maior caso encontrasse abuso grave de álcool ou outra droga. Cocaína, anfetamina ou abstinência ao álcool podem produzir sentimentos depressivos. Portanto, ele afasta o abuso de álcool ou de outras substâncias.

Questões 82 a 95: a investigação dos sintomas obsessivos produz pensamentos consistentes com depressão (pode fazer dano para a sua filha). A paciente refere sonhos repetitivos, uma percepção anormal, uma alucinação ou pseudo-alucinação visual e alguns medos recorrentes a esse respeito. O entrevistador investiga os pensamentos de infanticídio não-incomuns em uma mãe deprimida.

A paciente também admite pensamentos intrusivos bobos, mas não está disposta a elaborá-los. Como esses pensamentos parecem estar relacionados ao seu episódio depressivo e haver começado há um tempo relativamente recente, é pouco provável que exista um transtorno obsessivo-compulsivo preexistente. O achado de que ela não tem compulsões é consistente com isto.

Questões 96 a 103: os sintomas da paciente são atípicos para o transtorno de pânico; ela está mais preocupada a respeito de suas alucinações do que de sua ansiedade. Os sintomas vegetativos de um ataque de pânico estão faltando. Já que seus temores estão associados a um episódio depressivo, mesmo ataques mais típicos não seriam suficientes para estabelecer um diagnóstico independente de transtorno de pânico. Portanto, o transtorno de pânico está excluído.

A lista nº 1 de doenças incluídas é:

- transtorno depressivo maior
- transtorno bipolar II
- transtorno distímico
- transtorno ciclotímico
- transtorno de personalidade histriônica
- transtorno de personalidade *borderline*

- transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva

A lista nº 2 das doenças excluídas é:

- transtornos cognitivos
- abuso de álcool
- abuso de substâncias
- transtorno bipolar I
- transtorno obsessivo-compulsivo
- transtorno de pânico
- transtorno de adaptação com humor depressivo

Fase 3: História e base de dados

Curso longitudinal

104. P: A senhora já esteve deprimida alguma vez antes?
R: É... entrava e saía em uns dois dias.
105. P: Mas a senhora, às vezes, tinha longos períodos em que tinha que ir para tratamento ou mesmo ser hospitalizada?
R: Não... não antes desta vez.
106. P: Quando foi a primeira vez que a senhora ficou deprimida na sua vida?
R: Mais ou menos há uns 10 ou 11 anos.
107. P: A senhora também experimentou algumas manias durante esse período?
R: É, não sei, provavelmente não tanto quanto estive deprimida. Eu quero dizer, estava indo bem e estava me deprimindo mais do que estava para cima... ou também estava simplesmente bem, o senhor sabe, espécie de nivelada.
108. P: Esses dias bons ou ruins alguma vez a impediram de fazer o seu trabalho ou perturbaram a sua vida em família?
R: Não, de fato, não, posso ter estado mais irritada, mas isso é tudo.

Personalidade pré-mórbida e história social

109. P: A senhora era mal-humorada, de lua... como uma criança ou uma adolescente?
R: Era bastante para cima, o senhor sabe. Era bastante alegre. Tinha problemas com minha mãe, mas, tanto quanto podia evitá-la, me dava bem com todo mundo.
110. P: E antes, a senhora teve algum problema no seu desenvolvimento, como com o caminhar, falar ou o treinamento dos esfíncteres, e assim por diante?
R: Ah!, não, minha mãe me contou que fui realmente precoce em tudo isso.

História familiar

111. P: Havia alguém mais que fosse deprimido na sua família?
R: Bem, tenho uma irmã que esteve no Hospital Estadual XX, mas não sei quais eram os seus problemas. Ela nunca falou sobre eles.
112. P: Era mais velha do que a senhora?
R: É, é mais ou menos uns 14 anos mais velha do que eu e apenas teve seus problemas nos últimos dois anos.
113. P: E agora está completamente bem?
R: Não, ainda está consultando com um psiquiatra bastante seguidamente e tomando medicação também.
114. P: A senhora sabe que tipo de medicação?
R: Não.
115. P: Ela tem família?
R: É, tem dois filhos. Este ano, um terminou e o outro está no início do ensino médio.
116. P: Quantos irmãos e irmãs a senhora tem?
R: Três irmãos e três irmãs.
117. P: Como é que eles são... além da sua irmã mais velha, algum deles tem algum tipo de problema?
R: Bem, tenho uma outra irmã (r), ela disse que, se fosse ao médico, eles provavelmente a prenderiam e não a deixariam sair. Mas ela não vai. Tem os dias dela de depressão.
118. P: Então a senhora tem três irmãs, o que significa que vocês são quatro mulheres na família e três homens. Três das mulheres têm alguns problemas, mas a quarta não tem problemas ou alterações de humor?
R: Não sei, eu não ando junto com ela.
119. P: E quanto aos seus irmãos?
R: Eles parecem todos bem; eles costumam andar bem.
120. P: E os seus filhos? São pequenos, não são? Alguma coisa fora do habitual?
R: Não. O meu mais velho só teve uns problemas na escola com matemática, mas, o senhor sabe, isso é coisa de criança. Não acho que haja nada com o que se preocupar. Meus outros filhos também são ativos, aprendem tudo sem problema e acho que estão bem.
121. P: Quantos filhos a senhora tem?
R: Três.
122. P: E quanto aos seus pais — existe algum tipo de problema, problemas psiquiátricos ou problemas nervosos?
R: Não. Nunca se trataram para nada.
123. P: Nenhum problema com bebida?
R: Não.

124. P: A sua mãe teve vários bebês. Depois dos partos, teve algum problema? Como sentir-se triste ou ter que permanecer por mais tempo do que o habitual no hospital? Com qualquer um deles?
R: Não. Não estava com boa saúde, tinha problemas cardíacos. Com o meu irmão mais velho, teve um ataque cardíaco logo depois que ele nasceu. Agora isso, não havia problema nenhum.

História médica

125. P: Até hoje a senhora teve, a senhora mesma, algum problema médico ou alguma alergia?
R: Não, até hoje, não.

Conclusão da base de dados

126. P: A senhora me contou muitas coisas sobre os seus problemas. Isso me auxilia a ajudá-la. Restam algumas coisas que eu gostaria de testar. Isso está bem para a senhora?
R: É, está tudo bem.
127. P: A senhora me contou que começou a esquecer as coisas no trabalho. Assim, eu gostaria de testar a sua memória.
R: Certo.
128. P: Gostaria que a senhora repetisse quatro palavras: cinza, relógio, margarida e justiça. A senhora pode fazer isso?
R: Cinza, relógio, margarida e justiça.
129. P: Ótimo. Tente lembrar-se dessas palavras. Depois, vou lhe pedir para lembrá-las para mim.
R: Vou tentar.
130. P: Enquanto nós estamos nesse ponto, deixe-me lhe pedir para fazer alguns cálculos para mim.
R: (com um sorriso) Nunca fui muito boa em matemática, mas vamos tentar.
131. P: Gostaria que a senhora subtraísse 7 de 100, e então seguisse fazendo isso, sempre subtraindo 7 do resto. Vamos começar. Quanto sobra, 100 menos 7?
R: 93-86-79-72-63-ah! não, é 65-58-51-54, perdão, 44-37-30-.
132. P: Está ótimo.
R: Não, não acho... tenho dificuldade para me lembrar do número do qual tenho que subtrair. Isso me confunde.
133. P: Vamos tentar outras coisas. Que tal algumas multiplicações? Como 2 vezes 48.
R: Ah!, não... 2 vezes 48? 86. Não, perdão, 96.
134. P: Duas vezes 96.
R: Isso dá... 180... 192.

135. P: Duas vezes 192?
R: É 400... 300... e 84.
136. P: Muito bem. Vamos voltar para algumas coisas que a senhora disse antes. A senhora tomou comprimidos demais... A senhora, alguma vez, tentou se provocar algum dano antes disso?
R: Não. Essa foi a primeira vez.
137. P: A senhora, alguma vez, pensou em provocar dano em si mesma?
R: (levanta as sobrancelhas)
138. P: Quando a senhora estava triste... ou irritada... ou frustrada com alguma situação?
R: Não, de fato, não. Posso ter chutado o meu marido algumas vezes, quando ele me aborreceu, mas, habitualmente, só me calava ou gritava... mas, então, depois, nós conversávamos sobre o que tinha acontecido.
139. P: Então esta foi realmente a primeira vez que a senhora tentou provocar um tipo de dano em si mesma.
R: Eu realmente me senti mal naquele momento e ainda me sinto.
140. P: A senhora é capaz de superar esse sentimento depressivo e fingir que está feliz e dizer "eu me sinto realmente feliz"?
R: (parece perplexa) Não posso fazer isso. Eu me sinto realmente feliz (uma mudança desajeitada na sua expressão facial... então um olhar lacrimoso) Ah!, não, não posso falar assim... só no passado senti bem, por uns dois ou três anos, mesmo depois de ter estado deprimida.
141. P: Espero que, para o seu bem, possamos parar com esses altos e baixos do seu humor. Agora, vamos voltar para as quatro palavras que lhe pedi para lembrar. A senhora pode lembrar?
R: Relógio, margarida e justiça. Bem, havia mais uma. Deixe-me ver, o que é que era? Era antes de relógio, eu acho. Hmm... Sim, é isso aí — cinza.
142. P: A senhora está indo muito bem.
R: Mas isso é uma coisa muito simples.
143. P: Não para qualquer um. Mas a senhora se saiu bem. Antes que a gente termine, tem alguma pergunta que a senhora gostaria de me fazer?
R: Não... elas provavelmente virão mais tarde... depois que o senhor tiver saído.
144. P: Como é que a senhora se sentiu durante a entrevista?
R: Ah!... foi tudo bem. Sinto que o senhor entende o que está acontecendo comigo...

Comunicação: A comunicação é boa. A paciente responde com precisão; elabora sem precisar ser estimulada e tanto mais quanto mais progride a entrevista; ela se

sente confortável o suficiente para revelar alguns sintomas íntimos e constrangedores. Agora, assume claramente o papel de "portadora de uma doença", com alguma distância de sua doença, o que torna fácil entrevistá-la sobre si e sua família. Não se compraz com seu sofrimento, ou luta para ser tratada como uma "VIP".

Para que a paciente se submeta à testagem, é necessário que confie no entrevistador. Portanto, ele a prepara para tanto e solicita sua permissão (Questão 126). Prepara-a também para o teste de memória (Questão 127) e obtém a sua permissão. Ela concorda, sem hesitação, em ser testada, o que confirma a boa comunicação que ela e o entrevistador mantêm entre si. A Resposta 144 assegura ao entrevistador que a paciente o experimenta como um ouvinte empático e um especialista.

Técnica: O entrevistador utiliza tanto as transições suaves (Questões 104 e 125) quanto as mais acentuadas (Questões 109 a 111) para introduzir novos assuntos. As respostas dirigidas a um objetivo oferecidas pela paciente mostram que tolera bem todas as transições. Para manter a paciente concentrada em seus sintomas depressivos, a Questão 104 utiliza uma transição suave, para mudar de uma perspectiva transeccional para uma perspectiva longitudinal. Questão 107: o entrevistador seleciona uma outra transição suave para avaliar a história dos sintomas depressivos e maníacos. As transições mais abruptas (Questões 109 a 111) introduzem a avaliação da personalidade pré-mórbida e da história familiar. Elas indicam à paciente que o entrevistador está mudando de tema.

O entrevistador resume o que ele já sabe e o que está faltando, a fim de preparar a paciente para ser testada. Ele justifica a testagem, referindo-se aos comentários que ela fizera anteriormente sobre seus esquecimentos (Questões 126 e 127).

No final dessa seção, o entrevistador pergunta à paciente sobre os seus sentimentos durante a entrevista. Essa mudança de uma coleta de dados para uma preocupação direta com a comunicação serve a dois propósitos: conclui a entrevista e dá à paciente a oportunidade de refletir sobre isso (Questão 144).

Estado mental: A paciente parece ter mais *insight* quanto a seus transtornos de humor no passado, tais como alterações endógenas do humor. Ela também parece entender os transtornos do humor dos membros de sua família como doenças e não como reações determinadas pelo ambiente, mesmo interpretando seu transtorno do humor atual como uma reação a acontecimentos externos. Ela pode não ter-se dado conta desta inconsistência, porque experimenta sua doença do humor atual como egosintônica. Será tarefa do terapeuta criar, para

ela, mais distância cognitiva em relação aos seus sentimentos depressivos presentes.

Na Questão 140, o entrevistador apanha a declaração da paciente de que ela ainda se sente deprimida e lhe pede para imitar a felicidade. Ela não consegue e transpõe toda a sua infelicidade nesse importante teste do estado mental. Embora a paciente mostre, pela maneira como conta sua história, que tem boa concentração, memória, estrutura de construção da frase e fluxo da linguagem, indicando um nível, pelo menos, médio de inteligência, o entrevistador decide obter algumas medidas quantitativas dessas funções para documentar o seu desempenho basal. A paciente consegue repetir quatro palavras imediatamente e lembrá-las após alguns minutos. Sua série de setes de trás para a frente mostra dificuldades leves com a concentração; comete dois erros, mas os corrige imediatamente. Seu QI, de acordo com o Teste Rápido Aproximado da Inteligência (TRAII), está no nível da normalidade.

Diagnóstico: A história da doença atual revela que sua natureza é episódica e que o episódio atual é o primeiro a ser grave o bastante a ponto de exigir tratamento (Resposta 105). A proporção de sentimentos eufóricos em relação a períodos depressivos — dias eufóricos mais raros do que os dias depressivos — coincide com as expectativas clínicas (Resposta 107).

Questão 109: o entrevistador investiga a personalidade pré-mórbida da paciente. Ela parece ter sido sociável e popular, com um desenvolvimento inicial normal, o que é consistente que uma doença afetiva e pode excluir um transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade. Questões 111 a 115: entre os 11 parentes em primeiro grau, uma das três irmãs tem uma doença psiquiátrica que regride espontaneamente e que não afeta o casamento. Essa história é consistente com o transtorno do humor familiar puro. A lista nº 1 das doenças incluídas é:

• Transtorno bipolar II

No início da fase 3 da entrevista, o entrevistador havia excluído o abuso de substâncias, o alcoolismo, o transtorno obsessivo-compulsivo, de pânico e de somatização. Ele pondera se, além de um transtorno de personalidade histriônica ou *borderline*, talvez um transtorno de personalidade ciclotímica poderia ter precedido a sua depressão mais grave. O relato da paciente de intervalos de, no mínimo, dois anos entre os sintomas de depressão, leves, mas perceptíveis, exclui o transtorno ciclotímico, no entanto. O casamento estável da paciente e a ausência de tentativas repetidas de suicídio excluem ambos os transtornos de personalidade. A Resposta 125 indica uma boa saúde física e exclui o transtorno de somatização.

A lista nº 2, das doenças excluídas, é:

- transtorno bipolar I
- transtorno por uso de álcool
- transtorno por uso de substâncias
- transtorno obsessivo-compulsivo
- transtorno de pânico
- transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
- transtorno de somatização
- transtorno de adaptação com humor depressivo
- transtorno ciclotímico
- transtorno de personalidade *borderline*
- transtorno de personalidade histriônica

Fase 4: Diagnóstico e feedback

145. P: Deixe-me lhe dizer então o que eu já sei até aqui. O que a senhora me descreveu soa como episódios depressivos. Eles parecem ficar mais longos e mais graves à medida que o tempo passa. Desde que a senhora teve um período de três semanas com o humor levemente eufórico, a senhora pode ter, de fato, um transtorno bipolar tipo II, depressivo.
R: Eu entendo isso. Mas o que os desencadeia? Por que eu tenho esses episódios?
146. P: A senhora pensa que é o seu trabalho e o que acontece em casa, ou o seu sono ruim. Mas o que é que torna o seu sono um problema em primeiro lugar?
R: Hmm... mas não há nada... talvez os meus pensamentos...
147. P: Sim, talvez eles também se alterem pelo fato de a senhora estar deprimida.
R: Mas por que eu fico deprimida?
148. P: Realmente não sei. Tudo o que sabemos é que a depressão ocorre em famílias.
R: As crianças aprendem com os seus pais?
149. P: Bem, não acreditamos que seja assim. Mesmo quando os pais que têm essa doença têm seus filhos adotados, desde o nascimento, por uma outra família, essas crianças podem desenvolver a mesma doença que os seus pais biológicos.
R: Hmm, entendo.
150. P: Adotados de pais saudáveis não apresentam esse risco. Portanto, acreditamos que a disposição para as doenças psiquiátricas seja herdada.
R: Então, tudo é herdado?
151. P: Isto provavelmente não é toda a história. O ambiente, como a forma de criação, pode contribuir para o desencadeamento e para a gravidade da doença.
R: Então, o que é que o senhor pode fazer por mim se eu nasci com isso?

Comunicação: A fase 4 revela que a paciente aceita o conhecimento especializado do terapeuta. Mostra interesse na explanação sobre a sua doença, o que pode diminuir o risco de suicídio. Mais para o final da entrevista, o entrevistador desafia novamente o *insight* da paciente quanto à sua doença e tenta utilizar uma abordagem educacional para seu entendimento. O *insight* aprofundado pode assegurar a cooperação com o tratamento.

Técnica: O entrevistador oferece uma explanação compreensiva da doença da paciente, fácil de entender, na esperança de que essa explicação possa ajudar na sua cooperação com o tratamento. Finaliza sua explanação com questões que a convidam a fazer suas próprias perguntas, de modo que ele possa verificar o entendimento que ela tem do esclarecimento que acaba de lhe dar. Essa técnica funciona; a paciente responde com várias perguntas (Respostas 145, 147, 148, 150 e 151).

Estado mental: O *insight* parcial da sra. Goodman pode ser influenciado por esforços educativos, o que mostra que ela não está fixada de forma delirante.

Diagnóstico: Seu interesse no tratamento pode ser considerado um bom indício prognóstico, já que, se o paciente adere ao tratamento, a depressão maior mostra uma boa resposta terapêutica.

Fase 5: Prognóstico e contrato de tratamento

152. P: Existem medicamentos que ajudam a superar sua depressão mais rapidamente; a senhora pode ter ouvido falar o nome de alguns desses remédios. Eles são chamados antidepressivos.

R: Não sei... soa familiar. Isso significa que tenho um desequilíbrio químico? Isso foi o que disseram para um dos meus amigos, que tinha depressão.

153. P: Alguns psiquiatras acreditam que seja um desequilíbrio, já que as drogas funcionam na doença depressiva.

R: O que é que eu deveria fazer?

154. P: Eu estou preocupado com a sua *overdose*... Também estou preocupado que a senhora ainda possa se sentir muito mal. A senhora também parece preocupada e perplexa, embora seu pensamento esteja bastante claro e sua linguagem soe bem para mim. Portanto, gostaria que a senhora permanecesse no hospital por algum tempo, descansasse, e nos permitisse cuidar da senhora. Já que estou no hospital o tempo todo, poderia vê-la pela

manhã e à noite, para ter uma idéia quanto às suas mudanças de humor durante o dia.

R: Eu realmente preciso ficar no hospital?

155. P: Aqui nós podemos tomar mais cuidado com a senhora, podemos também usar doses mais altas de medicação já no começo. Esperamos que, com isso, a senhora possa, mais rapidamente, se sentir melhor. Isso é, de fato, o que eu recomendaria.

R: Se o senhor pensa assim, então vou fazer assim.

156. P: Esse é o primeiro passo, na minha opinião. A medida que prosseguirmos com o seu tratamento, lhe direi como identificar, no futuro, as recaídas e os episódios depressivos menos graves. A medicação tem efeitos colaterais e nós vamos conversar a respeito disso. Também vamos discutir alguns problemas que a senhora possa ter.

R: Certo. Eu vou adiante com isto.

Comunicação: O entrevistador explica o plano de tratamento e o prognóstico, utilizando uma abordagem educativa, que auxilia a estabelecer seu papel como especialista. Mas fala sobre suas preocupações por ela e sobre que passos deveriam ser tomados. Assim, lhe pede, implicitamente, que aceite sua autoridade, ao seguir o seu conselho. Para uma paciente com algum *insight* quanto à sua condição, uma boa justificativa para o plano de tratamento é informá-la a respeito de suas vantagens. A resposta dela mostra que está disposta a aceitar o plano.

Técnica: Na fase 5, o entrevistador explica o plano de tratamento, mas certifica-se de que a paciente permanece em um modo de questionamento, como uma indicação de seu interesse. Ele expressa uma preocupação pessoal por seu bem-estar (Questão 154), assim motivando-a a concordar com o plano de tratamento.

Estado mental: A paciente tem *insight* e está suficientemente interessada na sua saúde para concordar com o plano de tratamento. Seu julgamento é adequado, de forma que o prognóstico para a sua cooperação com o tratamento é bom.

Diagnóstico: A colaboração da paciente com o plano de tratamento melhora o seu prognóstico.

7. FORMATO DE RESUMO DE CASO

Habitualmente, o entrevistador fornece uma avaliação psiquiátrica do paciente por escrito após a entrevista clínica. Se for apresentada ao American Board Examination of Psychiatry and Neurology ou quando for usada em um registro médico, visando ao reembolso pelo Medicare, esta

avaliação deve preencher certos requisitos específicos. O prontuário também é um documento legal utilizado em casos de má prática, questões de pagamento e questões de cuidado apropriado e nível de cuidado. Os resumos clínicos são altamente importantes para organizar a impressão clínica que se obtém na entrevista. Portanto, nós lhe oferecemos um guia passo a passo sobre o que o terapeuta deve incluir na avaliação psiquiátrica.

Adote um formato padrão para o resumo que será utilizado rotineiramente, pois ele lhe permitirá organizar seus dados de forma rápida e eficiente e comprovará ser de inestimável valor.

I. Dados de identificação

Resuma o nome, o sexo, a idade, a raça do paciente e o motivo da consulta.

II. Queixa principal

Declare, nas palavras do próprio paciente, qual a sua queixa principal. Por outro lado, forneça um bom exemplo de sua observação do funcionamento alterado do paciente. As pautas de interpretação para o padrão HCFA 482.61 (b) estipulam a inclusão da queixa principal registrada nas próprias palavras do entrevistado.

III. Informantes

Liste todos os informantes, sua confiabilidade e nível de cooperação. Em caso de estarem disponíveis, inclua os registros das hospitalizações anteriores.

IV. Motivo da consulta ou da internação [Padrão HCFA 482.61 (a) (3)]

Em caso de hospitalização, forneça o *status* legal — voluntário versus involuntário [padrão HCFA 482.61 (a) (1)] — e descreva por que, na sua opinião, o hospital foi considerado o ambiente menos restritivo e mais seguro para o tratamento.

V. História da doença atual

Inicie a história atual pelo momento em que o paciente experimentou os sintomas pela primeira vez, mesmo que isso date da adolescência ou da infância. Comece pela história dos sintomas, dos sinais e dos comportamentos antes de focar a revisão dos diagnósticos e tratamentos conferidos por outros terapeutas. Alguns desses sintomas podem ter sido muito leves e só retrospectivamente serem reconhecidos como assinalando o estado prodromico ou o início da doença.

A inclusão desses sintomas leves, iniciais, pode ser problemática para o reembolso pelas companhias de seguro, muito embora o paciente não fosse capaz, no passado, de reconhecer esses sintomas como parte de uma doença psiquiátrica potencial. As companhias de seguro podem tomar essa informação como prova para negar o pagamento pelo tratamento da doença, alegando que esta era "preexistente". A luta por reembolso pode retardar a recuperação do paciente. Já que é importante incluir as informações exatas a respeito da gravidade dos sintomas no momento do seu primeiro reconhecimento retrospectivo, você deveria salientar também se essas manifestações iniciais foram reconhecidas pelo paciente como doença ou não.

Inclua, nessa seção, as exacerbações recentes da doença, especialmente quando o paciente é admitido no hospital [padrão HCFA 482.61 (b) (4)]. Observe o início da doença e, se for o caso, as circunstâncias que levaram à internação.

Contraste a história psiquiátrica do paciente com a história da sua personalidade pré-mórbida, que serve como linha de base, como o seu melhor nível de funcionamento. Você pode estimar a AFG (Avaliação do Funcionamento Global) na época, para quantificar o declínio no funcionamento geral, comparando-o à pontuação atual da AFG. A personalidade pré-mórbida do paciente também pode ser discutida mais detalhadamente na história social (comparar com a Seção VIII).

VI. História da doença psiquiátrica passada

Esta história deve cobrir uma doença psiquiátrica diferente daquela descrita na doença atual. Essa doença pode não ter necessariamente cessado no presente. Pode ser motivo de menos preocupação do que a doença atual. Entretanto, pode interferir significativamente com esta. Uma tal interferência ocorre se existe uma história passada de abuso de uma substância que continue no presente, ou se existe um transtorno de personalidade, como a personalidade anti-social. Já que o abuso de substâncias é comum, a sua ausência deveria ser notada como um dado de história negativo importante.

As pautas de interpretação do padrão HCFA 482.61 (b) estipulam que seja incluída a história passada de quaisquer problemas ou tratamentos psiquiátricos. Essa história deve fornecer um registro das atividades sociais, educacionais, vocacionais, interpessoais do paciente, bem como de seus relacionamentos familiares.

VII. História médica

Descreva um relato de todas as doenças médicas passadas e atuais, especialmente aquelas que podem com-

plicar, exacerbar ou mimetizar uma doença psiquiátrica [padrão HCFA 482.61 (b) (2)]. Alguns tratamentos dessas doenças médicas podem também complicar as doenças psiquiátricas. Revise, nesse momento, as alergias e as doenças sexualmente transmissíveis. Os problemas médicos que ocorreram durante a infância são de especial interesse se envolvem o sistema nervoso central, como as doenças com ataques e desmaios. Nas mulheres, exclua gravidez, por segurança, no caso de tratamento psicofarmacológico.

VIII. História social e personalidade pré-mórbida

A história social reflete o impacto da doença sobre a vida do paciente. Deve enfatizar os problemas psicossociais e ambientais que possam ter contribuído para a doença psiquiátrica atual, ou que a doença psiquiátrica impôs na vida do paciente. Uma história social completa também deve refletir os problemas que os transtornos de personalidade do paciente, se houver, causaram em sua vida.

Para ressaltar o impacto da doença psiquiátrica do Eixo I na vida do paciente, contraste o seu funcionamento psicossocial pré-mórbido com o seu funcionamento doente. Um paciente pode ter um prognóstico melhor se tinha uma ampla gama de atividades sociais antes do início de sua doença, do que se era socialmente retirado, um solitário isolado. Se possível, investigue seu funcionamento até seus anos pré-escolares e início da vida escolar. A história do desenvolvimento inicial (marcos do desenvolvimento) e a história escolar podem refletir um dano neurológico, problemas disciplinares ou problemas de aprendizagem.

IX. História familiar

No mínimo, a história familiar deveria descrever os parentes em primeiro grau, isto é, os pais, irmãos e filhos e sua história psiquiátrica. Já que as doenças psiquiátricas parecem ter um componente genético, a história psiquiátrica dos parentes em primeiro grau mais velhos pode servir como modelo, podendo-se prever o futuro do paciente. A história dos parentes em primeiro grau mais jovens ajuda a identificar os indivíduos com alto risco e pode desencadear intervenções profiláticas.

X. Exame do estado mental

Utilize o formato padrão para resumir o estado mental do paciente. Resuma os dados sobre a aparência, a atividade psicomotora, a linguagem, o pensamento e o conteúdo do pensamento. Preste atenção especial às funções cogni-

tivas de orientação, memória e inteligência. A avaliação dessas três funções é exigida pelo padrão HCFA 482.61 (b) (6). Descreva o *insight* e o juízo crítico do paciente.

XI. Formulação diagnóstica

Essas formulações diagnósticas são utilizadas no *Board Examination*. Elas resumem os fatores biológicos, psicológicos e sociais (ver página 216), que contribuem para as doenças psiquiátricas do paciente.

XII. Diagnósticos psiquiátricos multiaxiais

Forneça informações a respeito de todos os cinco eixos do DSM-IV.

XIII. Capacidades e pontos fortes

De acordo com o padrão HCFA 482.61 (b) (7), a avaliação psiquiátrica deveria oferecer um inventário do nível de conhecimento, dos interesses, das habilidades, das aptidões, das experiências, da educação e do estado empregatício do paciente, inventário esse que pode ser útil no desenvolvimento de um plano significativo de tratamento.

XIV. Plano de tratamento e prognóstico

Descreva os objetivos do tratamento, as modalidades psicofarmacológica, física, psicológica e social do tratamento que são exigidas, a sua frequência e quem as provê. Os objetivos deveriam ser expostos em termos descritivos e claramente mensuráveis, exigidos pelo padrão HCFA 482.61 (c) (1 e 2). Se o paciente é tratado em regime de internação, o plano de tratamento deveria incluir os critérios de alta.

Resumo do caso

Este resumo está ilustrado na avaliação da sra. Goodman.

I. Dados de identificação

Esta é a primeira internação psiquiátrica da sra. Goodman, uma mulher de 29 anos, branca, que foi trazida para a sala de emergência por seu marido, por causa de uma *overdose*.

II. Queixa principal

"Eu tomei todos os comprimidos da receita que nós tínhamos em casa, porque eu estava cansada e queria deitar, dormir e não acordar."

III. Informantes

A paciente, que é confiável e cooperativa. O registro da sala de emergência.

IV. Motivo da internação ou da consulta

A sra. Goodman foi internada por causa de uma tentativa de suicídio.

Seu médico na sala de emergência solicitou uma consultoria psiquiátrica para avaliar a permanência de tendências suicidas.

V. História da doença atual

A paciente vem experimentando alterações de humor de curta duração e baixa intensidade, separadas entre si por vários anos, desde os seus últimos anos da adolescência. Alternam-se episódios de humor exaltado, uma redução da necessidade de sono, energia aumentada e disposição a falar, com episódios de depressão, irritabilidade e retraimento social. Nenhuma dessas alterações de humor prejudicou a paciente nas suas funções normais ou a ponto de tornar um tratamento necessário.

Há aproximadamente seis meses, a paciente esteve sob uma maior pressão no trabalho. Nessa época, ela experimentou problemas de família, irritabilidade, insônia com acordar cedo pela manhã, anorexia, perda de peso de 15 quilos em seis semanas, preocupações obsessivas, alucinações auditivas breves de alguém chamando o seu nome e retraimento social. Os seus sentimentos de depressão se tornaram tão intensos que ela tomou uma *overdose* de aspirina, para obter alívio desses sentimentos depressivos. A *overdose* levou à atual hospitalização. A doença afetiva não foi complicada por abuso de álcool ou de outra substância.

VI. História da doença psiquiátrica passada

A paciente não tem história de abuso de substâncias ou problemas disciplinares.

VII. História médica

Negativa, com exceção de cefaléias ocasionais. A paciente não refere alergias.

VIII. História social e personalidade pré-mórbida

A paciente atingiu seus marcos no desenvolvimento sem retardo. Ela era uma estudante sociável e popular, com realizações acadêmicas medianas. Ela completou o

ensino médio com sucesso. Atualmente está casada, mas experimenta descontentamento nesse casamento.

IX. História familiar

A paciente tem 11 parentes em primeiro grau. Apenas uma das três irmãs teve uma hospitalização psiquiátrica por uma doença que a sra. Goodman desconhece. Sua irmã se recuperou, mas necessita de tratamento psiquiátrico ambulatorial com medicação.

X. Estado mental

Aparência: Na época da entrevista, a paciente é uma mulher levemente desalinhada, de 29 anos, branca, alerta, que, inicialmente, se mostra hostil, mas, com o transcorrer da entrevista, passa a ser cooperativa.

Linguagem e pensamento: Ela está concentrada durante toda a entrevista, mostrando boa compreensão. Suas respostas são dirigidas a um objetivo.

Afeto: Inicialmente é lábil e irritável, com uma amplitude restrita de expressão afetiva.

Humor: Deprimido, porém apropriado.

Conteúdo do pensamento: As experiências alucinatórias visuais e auditivas passadas foram de curta duração. A paciente teve algum *insight* quanto à sua natureza mórbida. Alguns medos e preocupações obsessivas podem ainda estar presentes, mas a paciente se recusa a falar sobre eles. A paciente não é homicida ou suicida no presente momento. Ela nega acontecimentos paroxísmicos.

Orientação: Ela está orientada quanto à pessoa, quanto ao lugar e ao tempo.

Memória: As memórias imediatas, recente e remota estão intactas. Sua concentração está levemente prejudicada na contagem regressiva de "setes"; ela faz dois erros de cálculos. Ela pode multiplicar 2x192, o que demonstra uma inteligência, pelo menos, mediana. Por razões de economia, a confirmação pelo Teste de Kent foi omitida (Tabela 5.5).

Insight: Ela tem um *insight* parcial; está parcialmente prejudicado no que diz respeito ao impacto do seu trabalho na sua depressão.

Juízo crítico: Parece adequado no presente momento.

XI. Formulação diagnóstica

Fatores biológicos: De seis irmãos (três irmãs e três irmãos), a paciente tem uma irmã com uma história psiquiátrica grave o bastante para ter sido hospitalizada. Esta irmã se recuperou e tem uma vida de família normal. Os pais da sra. Goodman e seus três filhos não têm história psiquiátrica. A doença psiquiátrica da irmã pode indicar uma disposição genética para uma doença do humor.

A paciente não menciona qualquer problema pré-natal. Sua mãe teve um ataque cardíaco com sua última gestação. A paciente não relata nenhum retardo no desenvolvimento. Ela também nega quaisquer problemas médicos. Portanto, do ponto de vista biológico, a disposição biológica parece ser o único fator contribuinte para o transtorno do humor.

Fatores psicológicos: A paciente sentiu que uma maior exigência no seu trabalho tinha desencadeado sua última depressão. Ela tinha experimentado um aumento semelhante na demanda de trabalho no passado, quando suas companheiras de trabalho estiveram de férias, mas então havia sido capaz de enfrentar a situação. Essa flexibilidade para se adaptar e manejar com uma carga aumentada de trabalho desapareceu, presumivelmente devido a um episódio depressivo que surgiu espontaneamente. A paciente não é capaz de reconhecer essa ocorrência espontânea, o que mostra que seu *insight* é limitado, com respeito à alteração espontânea do humor. Ela o explica nos termos leigos do modelo habitual de causa-e-efeito, em que o estressor ambiental é percebido como o problema psicossocial inevitável causador da mudança do humor. A paciente percebe a si mesma como incapaz de enfrentar o estressor ou alterar a sua resposta.

Padrão transferencial: Inicialmente, a paciente projeta seu desconforto no entrevistador e o trata como um estressor que não é bem-vindo — semelhante à percepção que tem de seu trabalho. Ela se acusa por ser resistente e, ao menos de início, se torna cooperativa em relação a seus sentimentos de culpa. Posteriormente, ela parece mais genuinamente cooperativa, a partir de um interesse em obter ajuda, o que mostra, em termos de análise transacional, uma resposta racional do tipo adulto. As defesas correspondentes parecem ser projeção e introjeção.

Fatores sociais: A paciente é casada e tem três filhos. Ela menciona sua vida familiar ou seu marido apenas umas poucas vezes. Essas declarações não refletem quaisquer problemas maiores ou de longa data. Seus filhos não parecem ter quaisquer problemas. Ela vem trabalhando

do no mesmo local por, pelo menos, cinco anos, o que mostra estabilidade no seu ambiente social.

XII. Diagnósticos psiquiátricos multiaxiais

Eixo I: 1. Transtorno depressivo maior episódio único, grave 296.23. 2. Exclua transtorno bipolar I 296.89.

(As elaborações seguintes das impressões diagnósticas no Eixo I não são parte da avaliação psiquiátrica, mas exemplos de discussões que podem ocorrer no Exame da Junta, na qual o candidato fundamenta as suas impressões.)

O humor deprimido está presente há mais de seis semanas, assim como a perda de apetite, a insônia, a agitação, a diminuição da capacidade de concentração, a perda da auto-estima e o gesto suicida (critério A). Existe evidência de um atrito temporário no seu casamento e no trabalho, ambos sugerindo algum prejuízo importante no seu funcionamento interpessoal (critério B). Não há evidência de que o uso de substâncias, ou a existência de uma condição médica geral haja contribuído para a sua experiência (critério C), nem de que esta seja o resultado de luto (critério D). Tudo isso sugere que a paciente satisfaz os critérios para um episódio depressivo maior, que é o critério A para o transtorno depressivo maior, episódio único. Você pode excluir o transtorno esquizoafetivo, a esquizofrenia, o transtorno esquizofreniforme, o transtorno delirante ou o transtorno psicótico SOE. Não há indícios de episódios maníacos. No entanto, a paciente teve um possível episódio hipomaniaco.

O curso longitudinal da doença parece ser episódico com transtorno do humor. Além disso, não há indícios de qualquer outra doença que pudesse contestar esses diagnósticos, como um transtorno cognitivo ou uma doença por abuso de substâncias. Os traços obsessivos mencionados pela paciente são insuficientes para fazer um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, mas bem poderiam ser seguidos em acompanhamento. Os sentimentos de ansiedade representam, no máximo, um ataque de pânico isolado SOE durante uma depressão, mais do que uma doença independente.

Eixo II: Nada.

Eixo III: Status 305.90 após intoxicação com vários medicamentos.

Eixo IV: Problemas ocupacionais. Há uma sobrecarga aumentada de trabalho no seu emprego devido a uma redução na força de trabalho. A paciente seria capaz de manejar a sobrecarga de trabalho se não fosse pela diminuição de seu juízo crítico secundária à sua depressão.

Eixo V: AFG = 35. A paciente está com seu funcionamento prejudicado no trabalho. Ela mostra um teste fraco da realidade, no que diz respeito ao seu trabalho, o que a levou a uma séria tentativa de suicídio. Seu humor está gravemente deprimido. Ela está incapaz de se relacionar com o seu supervisor, que a apoiara anteriormente. Embora não esteja atualmente apresentando tendências agudamente suicidas, ainda está sensível ao estresse e poderia recair imediatamente e repetir a tentativa de suicídio caso tivesse alta do hospital prematuramente.

XIII. Capacidades e pontos fortes

A paciente tem uma inteligência pelo menos mediana. Não está delirante. Portanto, parece ser receptiva a uma abordagem educativa sobre a natureza de sua percepção distorcida do estresse e pode ser convencida de que tem uma doença tratável. Além disso, ela tem um sistema de apoio intacto na sua família e no seu trabalho. Eles podem ser utilizados para motivá-la para o tratamento.

XIV. Plano de tratamento e prognóstico

1. A paciente deverá ser transferida para a unidade de psiquiatria hospitalar, em razão de estar ainda significativamente deprimida e apresentar um fraco teste da realidade e de *insight* a respeito de sua condição. Ela pode não ser capaz de cooperar com um tratamento ambulatorial, mas se forçar para retornar ao trabalho sem uma capacidade adequada para enfrentar a situação. Isso poderia precipitar uma nova tentativa de suicídio.
2. A paciente deve iniciar com 20 mg de HCl de paroxetina (Paxil) pela manhã ou qualquer outro ISRS e ser controlada para se verificar a eficácia da resposta ao antidepressivo e a presença de efeitos colaterais. As Escalas Hamilton ou Montgomery-Asberg para Depressão poderiam auxiliar a monitorar a gravidade e a melhora da depressão. Observe a ocorrência de sintomas maníacos.
3. A assistente social deve entrar em contato com o supervisor da paciente, no seu emprego, neutralizar

os efeitos adversos da tentativa de suicídio da paciente e assegurar o seu emprego. A assistente social também poderia engajar a paciente e seu marido em sessões para assegurar a compreensão dele acerca do problema dela.

4. O psicólogo ou o psiquiatra deve proporcionar terapia cognitiva e ajudar a paciente a entender as falhas na sua percepção a respeito de seus problemas.
5. O farmacologista e o psiquiatra devem informar a paciente sobre os efeitos benéficos e os adversos dos antidepressivos, dos modos alternativos de tratamento e familiarizá-la com a farmacoterapia da sua condição médica.
6. Na terapia de grupo hospitalar, a paciente deveria aprender, com os outros pacientes, a reconhecer o seu próprio humor e seu impacto nas suas habilidades para enfrentar as dificuldades. Ela poderia experimentar que não está sozinha com esse problema.

Críticos para alta: Hoje em dia, os critérios para alta estão determinados, em grande parte, pelo plano de saúde do paciente. Ainda assim, o médico é tido como responsável por resultados adversos do plano de alta. Portanto, o médico pode compartilhar com o paciente as opções de alta.

Em qualquer caso, três critérios podem ser aplicados no planejamento da alta:

1. A paciente deve ter alta quando reconhecer o valor de sua vida e as razões para viver, comprometendo-se em contestar, ela própria, sua ideia suicida, caso tais pensamentos retornem.
2. A paciente deve estar livre de qualquer experiência alucinatória.
3. Em termos ideais, a paciente deve verbalizar que compreende que sua depressão causou sua tentativa de suicídio e que ela se compromete a continuar o tratamento ambulatorial.

Prognóstico: Se a paciente consegue compreender o seu problema e cooperar com o tratamento, seu prognóstico a curto prazo é bom.

CAPÍTULO OITO

UM PACIENTE DIFÍCIL

RESUMO

Esta é uma entrevista com uma paciente que, de início, não parecia sequer minimamente motivada a falar. Suas respostas breves não ajudam o entrevistador a esclarecer a psicopatologia. Ele não consegue reconhecer a origem da dificuldade nem abordá-la com técnicas adequadas. Apesar disso, sua persistência e empatia por fim conseguem trazer à tona a fonte do sofrimento da paciente e ajudam-no a estabelecer uma boa comunicação. O entrevistador acumula informação em quantidade suficiente para fazer um bom diagnóstico diferencial, mas sem conseguir chegar a um diagnóstico principal convincente.

▲▲▲▲▲

Nos Estados Unidos, não existe o sentimento de que o homem tenha sido arrancado do centro da criação e suspenso entre forças hostis. Ele criou seu próprio mundo e o criou à sua própria imagem: é seu espelho. Mas agora ele não pode mais se reconhecer em seus objetos inanimados, tampouco em seus iguais. Suas criações, assim como as de um feiticeiro inábil, não mais lhe obedecem. Ele está só entre os frutos de seu trabalho, perdido... num imenso deserto de espelhos.

Octavio Paz, *The Labyrinth of Solitude*, 1985

▼▼▼▼▼

O capítulo anterior apresentou uma entrevista com um paciente cooperativo, cujos sintomas, sinais e comportamentos não obstruíam o processo da entrevista. A grande maioria dos pacientes de ambulatório que procuram atendimento se encaixam nessa categoria. Em uma banca de exame de psiquiatria e neurologia, você mais provavelmente vai encontrar um paciente assim (os organizadores do exame exigem pacientes cooperativos dos vários locais participantes). Contudo, ao longo de sua carreira como profissional da saúde mental, você também vai encontrar muitos pacientes difíceis. Você os encontra na sala de emergência, no serviço de consultoria, no seu consultório, quando um colega lhe solicita uma segunda opinião. Nós escolhemos a paciente representada neste capítulo para lhe mostrar algumas das armadilhas que há com os pacientes difíceis.

As dificuldades em entrevistar pacientes podem se originar, pelo menos, de quatro fontes. Primeiro, os sintomas e sinais do paciente podem ter um impacto direto na própria entrevista e induzir o indivíduo a distorcer a informação que você busca. Alguém assim pode somatizar ou dissociar na sua frente. Sua alta ansiedade de evitação pode levá-lo a afastar-se assustado e não lhe revelar sua patologia, ou ele pode estontear o entrevistador com sintomas conversivos que parecem irreversíveis, ao menos durante a avaliação.

Segundo, um processo psicótico pode ditar o comportamento apresentado. Ele se mostra estuporoso ou mudo, ou pode atacá-lo porque o identificou com um de seus perseguidores.

Terceiro, uma limitação cognitiva pode estar desenvolvendo-se no paciente. Essa deterioração e a sua falta

de *insight* escondem a sua verdadeira patologia. A menos que você o esteja conscientemente testando nesse sentido, talvez seja incapaz de detectá-la. Mesmo que identifique sinais de deterioração cognitiva, você pode presumir que eles sejam devidos a um transtorno clínico diferente e não prosseguir na sua investigação.

Quarto, o paciente pode, intencionalmente, querer enganar-lo. Ele engana, falsifica ou fabrica informações essenciais para a sua patologia ou tenta aliciá-lo como parte de suas estratégias de fraude e logro.

Este livro não foi planejado para familiarizá-lo com a questão de como abordar pacientes difíceis. Esses desafios avançados são discutidos no *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR, Volume 2: The Difficult Patient* (Othmer e Othmer, 2002).

A seguir, apresentamos uma paciente não-motivada, cuja patologia interfere com a entrevista. As estratégias básicas de como entrevistar não elucidam completamente a natureza da sua patologia. Durante os primeiros dois terços da entrevista, o entrevistador enfrenta as respostas superficiais da paciente. É somente a partir do momento em que ele se coloca aberto para as perguntas da paciente e passa a lhe dar um retorno para as suas observações que a abordagem se torna mais efetiva. Então, ele desperta o interesse da paciente para o processo da entrevista e a envolve no quebra-cabeça diagnóstico.

Essa entrevista foi feita com Kelly Jasmin, uma moça branca, esguia, de 19 anos. Ela foi encaminhada para avaliação diagnóstica por um outro psiquiatra.

Na sala de espera, a paciente se senta afundada sobre as pernas cruzadas e não levanta o olhar quando o entrevistador entra na sala. Ela usa uma blusa de mangas compridas sobre calças ligadas ao corpo, enfiadas dentro das botas — toda de preto. Usa colares com grandes pingentes e anéis exageradamente grandes. Seu cabelo preto é espetado, tingido de vermelho nas pontas e raspado em volta das orelhas.

Somente depois que o entrevistador se dirige a ela, levanta o olhar para ele. Seu rosto é uma máscara branca de excesso de maquiagem; suas sobrancelhas são depiladas numa linha fina.

Fase 1: Aquecimento e rastreamento do problema

1. P: Oi, srta. Jasmin. Meu nome é dr. O. Estou contente de que tenha vindo esta manhã.
R: Oi.
2. P: (enquanto se dirige com a paciente para a sala de entrevista) Você ainda está na unidade de pacientes internados, srta. Jasmin?

R: Não.

3. P: Ah?

R: (dá um olhar hostil)

4. P: Eu pensei que você ainda estivesse na unidade de internação e tivesse vindo aqui com uma autorização.

R: Não.

5. P: Então o dr. A. deve ter-lhe dado alta depois que eu falei com ele da última vez.

R: Ele me deu alta no último sábado.

6. P: (entrando na sala de entrevista) Por favor, entre e sente-se.

R: (senta-se sem dizer uma palavra)

7. P: Posso lhe oferecer alguma coisa, um cafezinho?

R: Não. (nesse momento o entrevistador percebe que ela havia colocado uma lata de refrigerante aberta sobre sua escrivaninha, que ela devia estar carregando na mão esquerda, enquanto ele se aproximava dela pelo seu lado direito, na sala de espera) Posso fumar?

8. P: Claro, fique à vontade. Aqui tem um cinzeiro.

R: Obrigada.

9. P: Antes de começarmos, como é que você prefere que eu a chame?

R: Kelly está bem.

10. P: O dr. A. lhe disse a respeito do que se trata esta entrevista?

R: Sim. (olhando para o entrevistador com um olhar inexpressivo)

11. P: O que foi que ele lhe disse?

R: Só o que o senhor pensa sobre mim. (olhar inexpressivo)

12. P: Penso sobre... (esperando)? Penso sobre o quê?

R: (responde rapidamente, sem mudar o tom da voz) Sobre eu me cortar.

13. P: Sim, ele me disse que ficou perplexo.

R: (dá de ombros em expressão de desdém e olha para baixo, na direção de seus joelhos)

14. P: O que é que você pensa disso?

R: (com um olhar inexpressivo) Nada.

15. P: Você gostaria de falar sobre isso?

R: (dá de ombros) Está bem, eu acho.

16. P: Quando foi a última vez que você fez isso?

R: (olha para o entrevistador) Quarta-feira, um dia antes de vir para o hospital.

17. P: Por que você não me conta tudo que aconteceu no dia em que você se cortou?

R: Eu fiquei furiosa comigo mesma. (nenhuma mudança na sua expressão facial, postura, gestos ou entonação) Eu estava irritada.

18. P: Irritada...?

R: Sim.

19. P: Irritada com o quê?

R: Irritada por não chegar a lugar nenhum.

20. P: Hmm... Soa como (pausa)... você se sentia empacada?

R: É. (parece aborrecida)

21. P: Você pode falar mais sobre isso?

R: Não sei. Só as minhas notas na faculdade.

22. P: Suas notas na faculdade... que faculdade você cursa?

R: A Faculdade Comunitária XXX.

23. P: Qual é o seu curso?

R: Eu não escolhi.

24. P: O que é que você faz?

R: Escultura (pausa)... pintura (pausa)... literatura...

25. P: E como é que são as suas notas?

R: As e Bs.

26. P: Isso me parece muito bom.

R: Eu tive um C em tecelagem. (torce os cantos da boca para baixo)

27. P: E como foi que você se sentiu com isso?

R: Bem, eu acho. (encolhe os ombros)

28. P: (mostrando surpresa na voz e na expressão facial) Que nota você esperava?

R: No início, C estava bem. Tem muita técnica envolvida em tecelagem.

29. P: Então você está se saindo bem?

R: (silêncio)

30. P: Então, o que fez com que você se cortasse?

R: Tudo em geral.

31. P: Eu não entendo. Você pode me explicar?

R: (nenhuma alteração na voz ou na expressão facial) Eu simplesmente estava com raiva.

Comunicação: O entrevistador prontamente percebe a desatenção e a indiferença da paciente ao entrar na sala de espera. Ele decide por não confrontá-la com sua falta de interesse, perguntando-lhe, por exemplo:

"Como você se sentiu quando o dr. A. lhe pediu que viesse aqui hoje pela manhã?"

mas esperar até que possa determinar se a indiferença da paciente é o resultado de um desconforto inicial com ele, de uma transferência negativa ou de um transtorno clínico ou de personalidade. Em vez de uma confrontação, tenta preparar a paciente para a entrevista, revendo as condições do seu encaminhamento. Infelizmente, não está ciente de como este se passou, estimulando a paciente a corrigi-lo, o que ela faz com um mínimo de palavras. A comunicação não melhora quando ele lhe oferece algo para beber, porque não tinha percebido a lata de refrigerante em sua mesa. Assim, sua oferta soa mais como parte da rotina do que uma genuína preocupação sua pelo seu conforto.

Não estar informado da alta da paciente e não ter prestado atenção à lata de refrigerante aberta não teriam impedido a paciente estivesse disposta a falar sobre seus problemas. Entretanto, esse não era o caso. Permanece sendo tarefa do entrevistador estabelecer a comunicação, ao se dirigir ao seu sofrimento (Perguntas 1 a 9).

O entrevistador sonda se a paciente foi adequadamente informada sobre as razões do seu encaminhamento (Perguntas 10 a 12), mas esse tópico não ajuda a estabelecer a comunicação. Nesse ponto, o terapeuta poderia ter perguntado se ela concordava com a solicitação de uma segunda opinião feita pelo dr. A. Isso poderia tê-la levado a ventilar seus sentimentos sobre a presente entrevista e possivelmente a abrir-se. Em vez disso, ele supõe que o fato de a paciente ter-se cortado seja a sua queixa principal e o centro de seu sofrimento. Portanto, ele enfoca a atenção sobre as emoções que podem estar subjacentes à automutilação. Ele ecoa a sua emoção (Pergunta 19) e fornece uma interpretação sintetizadora (Pergunta 20). No entanto, o afeto da paciente permanece restrito e sua elaboração verbal escassa.

O entrevistador tenta identificar situações frustrantes que possam levar a paciente a se cortar, mas não consegue. Não surge nenhuma resposta emocional. Em vez disso, ela dá algumas respostas mais longas, mas principalmente factuais. Ele tenta dar um *feedback* positivo, dizendo-lhe que pensa que suas notas são boas (Pergunta 26). Mas o elogio só rende o relato de sua nota C em tecelagem. Em termos gerais, suas respostas exprimem relutância, sem uma resistência ou recusa aberta em responder.

Técnica: O terapeuta percorre as formalidades da apresentação, revisa as circunstâncias do encaminhamento e pergunta à paciente como ela quer que ele a chame (Perguntas 1 a 9). Utiliza quatro perguntas abertas (Perguntas 11, 12, 14 e 17), todas respondidas com uma frase curta ou uma única palavra. Quando a paciente expressa um sentimento (Resposta 17), ele ecoa esse sentimento de modo centrado na paciente (Perguntas 18 e 19) e tenta uma interpretação. Essas técnicas não dão início a um fluxo livre e espontâneo de informação.

A pergunta aberta nº 21 produz somente uma resposta vaga. A insistência resulta em respostas que não esclarecem os seus cortes no braço e no pulso. Assim, as perguntas orientadas para os fatos produzem resultados inúteis do ponto de vista diagnóstico; ainda assim, o entrevistador insiste nelas, na expectativa de atingir um tema que pudesse dar início a um fluxo mais espontâneo e mais produtivo de informação. O *feedback* positivo (Pergunta 26) e duas perguntas abertas (Perguntas 27 e 28) dirigidas à avaliação dos seus sentimentos a respeito da nota medíocre na faculdade, seguidos de um resumo de seus sentimentos, não melhoraram o seu padrão de res-

posta em uma frase. A sondagem das razões para ter-se cortado (Perguntas 30 e 31) não revela um motivo. Em um círculo completo, o entrevistador retorna ao tópico de se cortar sem ter compreendido nada de significativo sobre sua psicopatologia.

Estado mental: A observação das roupas da paciente sugere que ela tenta diferenciar-se por meio da moda, e pode estar buscando sua identidade. Isso pode indicar que seu julgamento social esteja prejudicado, ou que ela pertença a uma subcultura na qual essa aparência seja aceita como uniforme.

Seus movimentos psicomotores parecem normais, exceto pela falta de um movimento reativo — como olhar para cima quando o entrevistador entra na sala de espera.

Durante a breve conversação, fica claro que ela entende todas as perguntas e as responde apropriadamente, mostrando um processamento adequado da informação, sem qualquer sinal de transtorno do pensamento.

Seu afeto, tal como se observa na expressão facial, nos gestos e na entonação (Perguntas 10 a 20), parece estar restrito. Ela está indiferente ao entrevistador e ao tema da entrevista, meramente fazendo o que se espera dela, sem envolver-se.

Veio para a consulta desacompanhada e lembra o dia de sua alta hospitalar, dois indícios de ausência de intensa ansiedade, grande excitação psicótica descontrolada ou desorientação no tempo e espaço (lista nº 3).

A paciente é suficientemente cooperativa para falar sobre si mesma, o que permite que se progrida da conversação para a investigação de seus problemas atuais e passados. Sua produção verbal mostra pobreza de respostas sem uma latência prolongada.

A paciente mostra ambivalência; expressa preocupação quanto a suas notas na faculdade, mas então se contradiz e refere boas notas e satisfação com um C. Essa ambivalência revela um aspecto ilógico de seu julgamento.

Diagnóstico: As roupas da paciente, juntamente com sua falta de movimento reativo quando o entrevistador entra na sala de espera e sua resposta emocionalmente restrita durante a fase de aquecimento, sugerem vários transtornos psiquiátricos para a lista nº 1.

Transtornos clínicos:

- intoxicação ou abstinência de substância
- esquizofrenia
- transtorno bipolar II, deprimido
- transtorno depressivo maior
- transtorno de adaptação com humor deprimido

Transtornos de personalidade:

- paranóide
- esquizóide
- esquizotípica
- anti-social
- esquiva
- borderline

A sua relutância em revelar espontaneamente a informação pode sugerir a presença de um transtorno de personalidade passivo-agressiva. Sua ambivalência quanto às notas reforça a esquizofrenia e/ou qualquer um dos transtornos de personalidade do Grupo A do DSM-IV-TR como hipóteses diagnósticas.

Exclui possivelmente (lista nº 2):

- transtorno bipolar I, maníaco
- transtorno de adaptação com humor deprimido
- transtorno de personalidade dependente

As respostas da paciente não apontam na direção de nenhum estressor necessário para o diagnóstico de transtorno de adaptação.

Fase 2: Seguimento das impressões diagnósticas

32. P: E outros sentimentos?
R: Não.
33. P: Você se sentiu para baixo de alguma forma?
R: Não.
34. P: Algum outro problema?
R: Não sei.
35. P: Como era o seu sono naquela época?
R: Bom.
36. P: E o apetite?
R: Tudo bem.
37. P: Nenhum problema com a alimentação?
R: As vezes.
38. P: Que tipo de problema?
R: Às vezes eu como demais.
39. P: Você faz alguma coisa a respeito?
R: Como o quê?
40. P: Você alguma vez tentou jejuar?
R: Talvez, por um dia ou dois.
41. P: Você alguma vez fez algo mais — como tentar vomitar?
R: É, umas duas vezes, mas não funcionou.
42. P: Que tipo de coisas você come, quando come demais?
R: Comida muito boa. Muitas frutas e verduras.
43. P: Então você comia bem e dormia bem quando se cortou?
R: Acho que sim.

44. P: Tinha mais alguma coisa acontecendo?
R: (somente olha para o entrevistador, pega um cigarro e o acende)
45. P: Alguma coisa com seus amigos? Ou seu namorado?
R: Não, nós estávamos bem.
46. P: No que é que você estava pensando, então, quando estava se cortando?
R: Eu só estava com raiva. (nenhuma alteração no seu tom de voz ou na expressão facial)
47. P: Com raiva? Com raiva o suficiente para morrer?
R: Não. Só para me cortar.
48. P: Você tem alguma idéia de por que fez isso?
R: Eu estava irritada.
49. P: Com o quê?
R: Comigo.
50. P: Então você se corta quando está irritada consigo mesma?
R: É, e com os outros também.

Comunicação: O entrevistador avalia sintomas de transtornos clínicos que poderiam explicar o fato de se cortar-se. Nem a revisão de sintomas de depressão ou transtorno da alimentação, nem as perguntas abertas melhoram a comunicação ou induzem mais espontaneidade.

Técnica: O entrevistador confere se os sintomas depressivos estariam associados ao fato de se cortar. Se ele mantém as perguntas orientadas para o sintoma abertas, a paciente o faz ser específico (Pergunta e Resposta 39) ou as responde com sim ou não, como se fossem fechadas (Respostas 32, 35, 36 e 45). Suas duas declarações em forma de resumo (Perguntas 43 e 50) são acolhidas com uma aquiescência vaga, permanecendo a dúvida quanto a se elas resumem mesmo os fatos.

Estado mental: A paciente relata que cortou o braço como se isso não tivesse importância nenhuma. Seu afeto parece embotado; ela fala com um distanciamento indevido de seu comportamento mal adaptativo. Indica que come em excesso e tenta induzir o vômito. Entretanto, diferentemente de uma paciente com bulimia, não come "qualquer porcaria", mas "muitas frutas e verduras". Comer frutas e verduras em excesso parece bizarro e aponta no sentido da ambivalência em relação aos seus hábitos alimentares.

Diagnóstico: A paciente coopera somente com relutância e não se mostra espontânea. O entrevistador decide verificar ou excluir algumas opções diagnósticas possivelmente associadas com a automutilação.

1. Depressão: Jasmin nega a maioria dos sintomas depressivos na época em que se cortou pela última vez, excluindo o transtorno depressivo como uma explicação.
2. Bulimia nervosa: as Respostas 36 a 43 excluem esse transtorno.

O afeto da paciente parece mais consistente com a esquizofrenia e/ou qualquer um dos transtornos de personalidade do Grupo A do DSM-IV-TR.

51. P: Diga-me uma coisa, o que você faz quando está irritada?
R: Pego uma lâmina de barbear e fico me cortando.
52. P: E depois?
R: (falando como se isso não tivesse importância) Depois eu limpo as feridas.
53. P: Sim...?
R: Com álcool.
54. P: Sim...?
R: Às vezes eu coloco um *band-aid*.
55. P: Hmm...
R: Ou simplesmente desenrolo e baixo as mangas.
56. P: E como é que você se sente então?
R: Não sei.
57. P: Você se sente diferente de alguma maneira, depois disso?
R: (sem demonstrar nenhuma emoção) Um pouco melhor, talvez.
58. P: Isso é como se castigar?
R: Me livrar da tensão.
59. P: E funciona?
R: Um pouco.
60. P: Posso ver seus braços?
R: (enrola e levanta a manga esquerda, expondo o antebraço. Uma cicatriz vermelha ao longo do antebraço é visível, além de sete ou oito cicatrizes pálidas, antigas. A paciente aponta para a cicatriz vermelha) Esta foi onde eu me cortei pela última vez.
61. P: Hmm... Eu vejo outras cicatrizes também.
R: Eu tenho outras no outro braço também. (ela enrola e ergue a manga direita e expõe um antebraço com cicatrizes com 5 a 8 cm de comprimento)
62. P: Você deve realmente sofrer muito, se tem que se cortar assim tão freqüentemente.
R: (nenhuma resposta e nenhuma mudança na postura, nos gestos ou na expressão facial)
63. P: Como é que você se sente a respeito disso?
R: (a paciente dá de ombros)
64. P: Com que freqüência isso acontece?

- R: Mais ou menos a cada dois meses. (seu rosto permanece imóvel; a inflexão de sua voz não se altera)
65. P: Desde quando você vem fazendo isso?
- R: Nos dois últimos anos, desde os 17 anos. (enquanto fala, o rosto da paciente permanece inexpressivo e ela relata a automutilação como se fosse um fato sem importância)

Comunicação: O entrevistador deixa de avaliar a motivação para se cortar, passando ao processo de se cortar em si. Mas a lembrança da paciente não revive nenhuma experiência de raiva, dor, dano, culpa ou satisfação. O seu relato mantém-se factual e sem emoção.

Técnica: O entrevistador mantém o tema de cortar o braço. Pela técnica da continuação, ele avalia o curso temporal de um episódio isolado, o padrão sequencial ao longo de um período maior de tempo e os sentimentos associados. Ele expressa empatia no final dessa avaliação (Pergunta 62), mas ambas as técnicas falham no sentido de desencadear elaborações espontâneas.

Estado mental: O afeto da paciente é embotado, o que, isoladamente, poderia ser interpretado como *la belle indifférence*. Entretanto, não estão presentes a apresentação dramática dos acontecimentos da vida, o destino infeliz ou outros sintomas geralmente associados à *la belle indifférence*. A paciente não demonstra retardo psicomotor, ela fala e se move com velocidade normal.

Diagnóstico: A atitude indiferente da paciente é uma expressão de embotamento genuíno ou uma fachada, denominada *la belle indifférence*, por vezes descrita como característica da histeria (transtorno de somatização no DSM-IV-TR, ou transtorno de personalidade histriônica). O padrão de cortar o braço com frequência, sempre que a paciente se sente irritada e frustrada, corrobora a presença, já previamente considerada, de transtorno de personalidade *borderline*.

66. P: Você deve passar por muita tensão.
- R: Só o normal.
67. P: Você já se cortou quando teve problemas com o namorado?
- R: Sim. Com o meu último.
68. P: Quando foi isso?
- R: Uns nove meses atrás.
69. P: O que aconteceu então?
- R: Nós terminamos.
70. P: E isso a fez sentir-se como?
- R: Mal.
71. P: Quem terminou?

- R: Ele.
72. P: E por quê?
- R: Ele disse que tem que ficar mais claro consigo mesmo e que não quer ter a responsabilidade de uma namorada.
73. P: E como você se sentiu quando ele disse isso?
- R: (sem emoção alguma) Arrasada.
74. P: Houve alguma outra mudança?
- R: Eu dormia mais.

Comunicação: O entrevistador expressa empatia pelo que ele presume ser o sofrimento da paciente (Pergunta 66), mas Kelly mantém-se distante. Até esse ponto, nenhuma das técnicas do entrevistador estabeleceu a comunicação emocional: as perguntas abertas, a reflexão ou o eco dos sentimentos da paciente (Perguntas 18 a 20), o *feedback* positivo (Pergunta 26) ou a expressão de empatia (Perguntas 62 e 66).

Técnica: O entrevistador faz uma transição suave; ele enfoca o relacionamento da paciente com seu namorado para avaliar a intensidade desse relacionamento. Ela parece ter sentimentos intensos por pelo menos um dos seus namorados; entretanto, a avaliação deste tema carregado de significação afetiva não resulta em uma erupção verbal espontânea.

Estado mental: Nem a expressão de empatia, nem a revisão de um acontecimento estressante da vida expandiram o afeto restrito da paciente. Ela não mostra aumento na latência da resposta, o que poderia indicar um retardo psicomotor e humor deprimido mais exatamente do que afeto embotado.

Diagnóstico: Sondando a impressão de que a paciente possa ter um transtorno de personalidade *borderline*, o entrevistador focaliza o seu relacionamento intenso e instável com seu último namorado. Contudo, não fica evidente uma ambivalência emocional no atual relacionamento (o que se pensa que seria característico do transtorno de personalidade *borderline*).

A opinião previamente descartada de transtorno de adaptação ressurgiu pela época do rompimento com seu último namorado (Respostas 73 e 74). No entanto, ela não pode explicar a automutilação repetida, a qual é mais consistente com um transtorno clínico ou de personalidade.

75. P: Você estava tão deprimida que começou a ouvir coisas que não estavam realmente lá?
- R: (hesita)
76. P: Como vezes?

- R: (olha fixamente para o seu colo, pisca como se acordasse) Umás duas vezes, talvez.
77. P: Você poderia me contar?
- R: Alguém chamou meu nome umas vezes.
78. P: E outras vezes?
- R: Talvez. Eu não tenho certeza. Tenho a impressão de que estou entorpecida quando isso acontece.
79. P: Hmm...
- R: Só os meus pensamentos.
80. P: Você está ouvindo vozes agora?
- R: Elas estão bem dentro da minha cabeça.
81. P: Elas soam como uma voz?
- R: Exatamente como a minha própria voz.

Comunicação: A paciente parece dissociar quando fala a respeito de suas vozes (Respostas 76 e 78). Essa perturbação pode impedi-la de se envolver mais emocionalmente, ou detalhar mais seus problemas.

Técnica: O entrevistador verifica os sintomas psicóticos associados ao término do seu relacionamento. Não segue investigando os sinais de dissociação.

Estado mental: A paciente admite ter fonemas, que são vozes dentro de sua cabeça. As vozes parecem ocorrer só ocasionalmente, sem serem intrusivas, e quando ela está em um estado de confusão, o que é uma indicação de dissociação.

Diagnóstico: O entrevistador sonda se a depressão maior estaria associada ao rompimento, que poderia tanto ter sido causado por um episódio depressivo quanto ter sido o acontecimento precipitante da depressão. O entrevistador enfoca as experiências alucinatórias, pois, caso estivessem presentes, claramente excluiriam um transtorno de adaptação. De fato, ele obtém um relato de algumas experiências alucinatórias. Não fica claro, no entanto, se essas experiências estavam associadas à ruptura e indicam, portanto, um episódio psicótico breve, ou se estavam relacionadas a uma depressão maior ou, até, se estavam presentes de forma mais permanente, como na esquizofrenia, no transtorno de personalidade *borderline* ou nos transtornos dissociativos. O DSM-IV-TR lista como critérios para o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*: ideiação paranóide transitória, relacionada ao estresse, ou sintomas dissociativos graves que incluam alucinações.

82. P: Quando isso aconteceu, você tomava alguma droga de rua?
- R: Ultimamente não.
83. P: E antes disso? O que é que você tomava?
- R: Tudo.

84. P: Como o quê?
- R: Oh, metedrina, maconha, *downers*, haxixe, cristais, *bennies*, heroína, cocaína, cogumelos...
85. P: Sim...
- R: E montes de álcool também.
86. P: Por quanto tempo?
- R: Por uns poucos meses, aproximadamente.
87. P: Quando foi a última vez que você tomou drogas?
- R: Depois que eu terminei com o meu namorado, eu não tomei mais. Ele usava muita droga.
88. P: Você gostava de uma dessas drogas mais do que das outras?
- R: Eu gostava de todas.
89. P: Você usa alguma com o seu namorado atual?
- R: Não.

Comunicação: O entrevistador mantém a abordagem de coletar sintomas, o que lhe permite incluir e excluir doenças sem o benefício da espontaneidade da paciente, nem da genuína expressão afetiva de seu sofrimento. Ele desenvolve uma comunicação semelhante à de um programa de computador que conferisse sintomas e critérios diagnósticos.

Técnica: A admissão de sintomas psicóticos leva o entrevistador a avaliar as causas possíveis das alucinações. Portanto, ele pergunta pelos sintomas essenciais de abuso de substâncias e álcool, mas não insiste nos transtornos dissociativos.

Estado mental: O fato de a paciente ter tomado diferentes tipos de drogas ilícitas de um modo indiscriminado no passado, mas não no presente — porque seu ex-namorado abusava de drogas —, sublinha sua dependência de campo e sua vulnerabilidade a ser influenciada pelos outros, o que indica sugestibilidade.

Diagnóstico: A paciente admite ter tido um período de abuso indiscriminado de múltiplas substâncias. Seu namorado anterior parece tê-la exposto às drogas ilícitas das ruas, das quais a paciente não continuou a abusar após o rompimento com ele. Seu abuso de drogas é, portanto, uma *folie à deux* e revela mais a sua dependência e sugestibilidade pelos outros do que um transtorno de abuso autôctone. Seu problema de cortar o braço não se limita aos períodos de abuso de substâncias. Portanto, o abuso não é responsável pelo fato de ela se cortar.

90. P: Como é que você vai com o seu namorado atual?
- R: Bem.
91. P: Você poderia me descrever o relacionamento?
- R: Nós estamos ficando próximos demais.
92. P: Você o ama?

- R: Sim.
93. P: Você tem outros sentimentos por ele além de amor?
- R: (dá uma tragada no seu cigarro)
94. P: Vocês brigam?
- R: Nós discutimos bastante.
95. P: Vocês já se feriram um ao outro?
- R: Fisicamente não.
96. P: Você tem ciúmes dele?
- R: Só se ele tem ciúmes de mim.
97. P: Você disse que estavam próximos demais.
- R: É, nós estávamos sempre juntos. Nós não nos encontrávamos com mais ninguém.
98. P: E?
- R: Nós vamos mudar isso agora. Vamos sair com outras pessoas.
99. P: Você costuma ter mais do que um namorado?
- R: Sim. Três ou quatro.
100. P: Você dorme com eles também?
- R: Não. Só com o meu namorado principal. Eu não acredito em dormir com ninguém mais.
101. P: E o seu namorado tem outras namoradas além de você?
- R: Habitualmente não.
102. P: E se ele tem?
- R: Isso dói um pouco... mas depois não dói mais.
103. P: Depois não dói mais?
- R: Não, eu faço a mesma coisa.
104. P: Existe alguma razão para você gostar de ter mais de um namorado?
- R: Eu vou ficando próxima demais se só tenho um. Eu não consigo lidar com isso.
105. P: Você já se cortou por causa de seu namorado?
- R: Sim, há 2 meses.
106. P: Você gostaria de conversar sobre isso?
- R: Não, na verdade, não.

Comunicação: O entrevistador fala sobre o relacionamento dela com o namorado. Esse tema potencialmente pessoal e íntimo não a envolve emocionalmente. Observa-se que a paciente não trata o entrevistador como um ouvinte empático em quem confie, nem como um especialista que possa ajudá-la a pôr em ordem o que não está bem. Ela se relaciona com ele como se ele fosse uma autoridade a interrogá-la, hostil, e a quem ela devesse se submeter.

Técnica: O entrevistador faz uma transição suave do abuso de droga no passado para o presente, o qual ela nega. Ele a convida a descrever seu relacionamento com o atual namorado, mas ela o deixa com uma resposta de uma única frase. Frustrado, ele continua procurando obter uma noção desse relacionamento por meio de perguntas

fechadas. Entrevistar alguém sobre um relacionamento próximo costuma resultar em uma avalanche de palavras carregadas de sentimento, mas não nesse caso.

Estado mental: Parece que a paciente pode se tornar muito dependente de um namorado e desenvolver um relacionamento muito intenso. Ela é incapaz de lidar com a intensidade desses sentimentos e escapa para relacionamentos alternativos, embora sem se tornar promíscua.

Diagnóstico: A paciente tem um desempenho escolar aceitável. Seu abuso de drogas é limitado à duração de seu relacionamento com seu último namorado, e ela nega promiscuidade. Todos os três fatos excluem personalidade anti-social. O entrevistador investiga se a paciente está predominantemente envolvida em relacionamentos heterossexuais intensos mas ambivalentes, o que apontaria no sentido de uma personalidade *borderline*. A paciente admite que, de fato, chega muito próximo de seus parceiros, e pode sentir tanta raiva a ponto de se cortar. Entretanto, esse relato é obtido aos pedaços; falta-lhe espontaneidade para ser tomado como testemunho de um relacionamento altamente ambivalente. Portanto, permanece questionável se o comportamento da paciente, de fato, preenche os critérios para o transtorno de personalidade *borderline*.

107. P: Eu observei que a maior parte do tempo você só responde às minhas perguntas, mas não quer falar por si mesma.
- R: É isso mesmo.
108. P: Como é que você se sente de falar comigo?
- R: Só nervosa e tensa.
109. P: Sim, eu notei isso. Existe alguma razão para você se sentir tão tensa quando fala sobre essas coisas?
- R: Não sei, eu só não gosto, eu acho.
110. P: Qualquer coisa que a preocupe?
- R: Sim.
111. P: O que é?
- R: Eu não chego a lugar nenhum. Eu me agito todo o tempo. Eu me corto. E eu tenho essas depressões.
112. P: Então é com isso que você se preocupa?
- R: A minha mãe está preocupada.
113. P: Como é que você se dá com ela?
- R: Bem.

Comunicação: O entrevistador confronta a paciente diretamente com a sua falta de vontade de falar sobre seus problemas e tenta avaliar a razão de sua resistência, mas a paciente não fornece uma explicação. De um ponto de vista analítico, o fato de ela admitir seu nervosismo

e tensão sugere que há mecanismos de defesa em ação. De um ponto de vista descritivo, isso pode indicar que há um transtorno clínico ou de personalidade interferindo na comunicação (ver a seguir).

O entrevistador tenta se despir do papel de uma autoridade que interroga, ao confrontar a paciente com sua resistência, na esperança de que ela o aceite mais como um ouvinte empático, mas ele não tem sucesso em promover essa transição.

Técnica: O entrevistador confronta a paciente com sua resistência a elaborar livremente (ver Comunicação).

Estado mental: A paciente descreve a si mesma como nervosa e tensa, o que pode contribuir para a sua maneira reservada. Inicialmente refere estar preocupada com o fato de se agitar, se cortar e ter depressões, mas rapidamente atribui essas preocupações à mãe, o que mostra que é ambivalente a respeito de seus problemas, que tem um *insight* apenas parcial quanto aos mesmos e os projeta em sua mãe.

Diagnóstico: As depressões da paciente introduzem um novo elemento diagnóstico. O transtorno depressivo já havia sido previamente excluído como razão suficiente para o fato de se cortar. Mas o relato da paciente de suas depressões levanta a possibilidade de que estas ocorram independentemente dos episódios de automutilação.

114. P: Você também pensa que há algo de errado com você?
- R: Talvez, as fossas. Eu não gosto de ficar na fossa.
115. P: Alguma coisa ajudou você com as depressões?
- R: Talvez o Zolof, um pouco.
116. P: Quando você está deprimida, em que é que você muda?
- R: Eu durmo mais. Não quero fazer nada.
117. P: Mais alguma coisa?
- R: É isso.
118. P: Você ainda se importa com sua aparência quando está deprimida?
- R: Habitualmente não.
119. P: Qualquer coisa diferente com seus amigos quando você está na fossa?
- R: Acho que não.
120. P: Você se afasta deles?
- R: Não, na realidade não.
121. P: Você ainda gosta de sexo?
- R: Sim.
122. P: Mesmo quando você está deprimida?
- R: (enfaticamente) Eu gosto muito (parece reviver uma experiência sexual, estremecendo).

123. P: Você se importa com as outras pessoas quando está deprimida?

R: Sim, eu me importo.

124. P: Quem é próximo de você?

R: Minha mãe, minha irmã, meu padrasto e meu pai de verdade (olha fixamente no espaço e pressiona os cotovelos sobre os lados do corpo).

125. P: Alguém mais?

R: (dá de ombros)

126. P: Você não mencionou o seu namorado.

R: (engole)

127. P: Eu observei que você engoliu.

R: (enrubece) Eu só não cheguei até ele.

128. P: Hmm. Como é que você se sente em relação a ele agora?

R: Eu estou um pouco furiosa. Mas está tudo bem.

129. P: Como é que você anda se dando com o seu padrasto?

R: Eu fico longe dele.

130. P: Hmm.

R: Eu fico longe dele. Ele é um alcoolista e grita muito.

131. P: Ele alguma vez abusou de você?

R: (com firmeza) Não, só gritava muito.

132. P: E o seu pai?

R: (olha fixamente através do entrevistador... sobresaltada) Ele está em Austin.

133. P: Quando foi que ele viveu com você pela última vez?

R: (doloroso olhar enviesado, e então uma expressão vazia e monótona) Quando eu era bem pequena.

134. P: Você disse que tem algumas depressões. Existe mais alguém na sua família que tenha depressões?

R: A minha mãe tem.

135. P: Mais alguém?

R: (dá de ombros)

Comunicação: O entrevistador tenta obter o ponto de vista da paciente sobre a sua doença (Pergunta 114). Esta questão produz uma resposta em duas frases, um reconhecimento de que sofre de depressões. Entretanto, a insistência não induz a paciente a elaborar espontaneamente, nem a se envolver emocionalmente. Em vez disso, ela volta às respostas curtas de uma única frase.

Até este ponto, a falta de envolvimento emocional da paciente sugere quatro interpretações:

1. O entrevistador não penetrou no sofrimento da paciente — provavelmente por valorizar de forma inadequada o seu relato de como se cortou e, portanto, não ter acesso ao material que emocionalmente importava para ela.

2. É possível que o tema de se cortar seja emocionalmente muito carregado e provocador de ansiedade para a paciente. Portanto, ela usaria o mecanismo de defesa da negação ou do isolamento para se resguardar dos sentimentos que seriam, de outra forma, avassaladores para ela.
3. A paciente tem um transtorno caracterizado por um afeto embotado (ver adiante, Diagnóstico).
4. A paciente dissocia e tem um acesso apenas incompleto ao seu sofrimento.

Técnica: O entrevistador, frustrado com as respostas breves da paciente, tenta novamente (Pergunta 116) uma pergunta aberta, seguida de um "mais alguma coisa?" (Pergunta 117), mas a paciente responde "É isso aí". Para conseguir mais dados, o entrevistador recorre a perguntas orientadas para os sintomas, circunscritas, mesmo que abertas. Elas produzem respostas breves, apropriadas, limitadas a um mínimo de informação, tomando a entrevista árida e aborrecida; cada detalhe é extraído à força da paciente. Ele deixa de investigar os sinais de dissociação.

Estado mental: A paciente mostra uma resposta emocional quando enfatiza que gosta muito de sexo, mesmo quando está deprimida. Ao mesmo tempo, ela parece dissociar (Resposta 122). Também parece dissociar quando é perguntada sobre abuso pelo pai (Respostas 124, 132 e 133). Ela também mostra uma mudança quando o entrevistador a confronta com o fato de não ter mencionado o namorado como uma das pessoas a respeito de quem se preocupa.

Diagnóstico: A paciente admite ter humor deprimido, baixa energia, hipersonia, uma certa negligência com o vestuário e a higiene, mas não decréscimo no apetite sexual ou isolamento social. O entrevistador não avalia sintomas suficientes para estabelecer o diagnóstico diferencial entre depressão maior e distímia. Obtém algumas evidências de uma história familiar positiva de transtorno do humor na mãe da paciente.

136. P: Eu lhe fiz uma série de perguntas. Existe alguma pergunta que eu possa lhe responder?
R: (inclina-se para a frente, de um modo sedutor) Sim. Será que o dr. A. ou o senhor serão capazes um dia de fazerem o meu diagnóstico? (com ênfase e determinação na voz) Eu quero saber qual é o meu diagnóstico. (com uma expressão de desafio) O senhor sabe?
137. P: Muito bem... Então você realmente gostaria de saber o que nós pensamos sobre você.
R: (o seu rosto parece se animar, e, com a sua mão esquerda, ela bate de leve na escrivaninha) Ah sim,

muito. O senhor pode me dizer o que pensa sobre mim?

138. P: Bem, eu ainda não sei o suficiente sobre você, mas se você me ajudar... Você já me disse que tem algumas depressões e que não gosta de tê-las. Eu não tenho idéia de quanto tempo elas duram.
R: (rapidamente) Ah, até vários meses. São depressões de verdade?
139. P: Não tenho idéia da gravidade que elas alcançam.
R: São muito fortes. Eu me sinto boba, não consigo fazer nada. Não consigo me concentrar em nada... Tentei me matar duas vezes e terminei na UTI duas vezes, com overdose.
140. P: Nós chamaríamos isso de depressão. Você parece sofrer de depressões reais. Mas eu não sei se você também tem verdadeiras manias.
R: Sim, eu tenho. Elas duram pouco tempo. Eu estou cheia de energia, meus pensamentos são realmente rápidos, eu não consigo acompanhá-los e falo rápido demais. Não durmo nada, nada, mas não me sinto realmente bem. Essas são manias de verdade?
141. P: Verdadeiras manias negativas! É assim que uma de minhas pacientes as chama — manias negativas. Você parece ter isso.
R: É exatamente isso — esta é uma boa expressão.
142. P: Então — os especialistas chamam o seu problema de doença bipolar, em que você tem tanto altos quanto baixos, mas eu realmente não sei quando você tem esses altos.
R: Tanto antes quanto depois das minhas fossas.
143. P: Além do seu problema bipolar, ou maníaco-depressivo, pode haver outra coisa acontecendo... Mas eu não sei o suficiente a esse respeito. Você não me contou o suficiente sobre isso... (pausa). Você se corta e fica tão irritada, e seu relacionamento com seus namorados parecem ser intensos. Mas não parece que seja tudo amor. Você tem outros sentimentos?
R: Sim, meu namorado, eu odeio isso. Eu odeio ficar com ele próxima dele.
144. P: Hmm.
R: Não tenho controle sobre os meus sentimentos. Eles simplesmente vêm e me fazem fazer coisas. Fazem-me fazer coisas que eu não quero fazer.
145. P: Não sei há quanto tempo isso vem acontecendo.
R: Toda a minha vida.
146. P: Para o nosso diagnóstico, nós, provavelmente, diríamos que você tem também um problema de personalidade, especialmente com o fato de se cortar.

R: (sacudindo a cabeça) Mas eu não estou preocupada com o fato de me cortar. Isso não é a minha preocupação. Eu só tenho que parar com isso.

147. P: E você pode?

R: Eu simplesmente tenho que parar. O dr. A. me disse que vai me colocar em um hospital público se eu não parar.

Comunicação: O entrevistador pergunta se a paciente tem alguma pergunta a lhe fazer. E ela tem. Sua primeira pergunta verbaliza sua preocupação quanto a se o entrevistador é capaz de fazer o diagnóstico de seu problema. Essa pergunta mostra que ela luta com uma avaliação válida de seu comportamento. Ela se experimenta como "normal", com exceção dos episódios depressivos — mas sua mãe a critica e aponta seus traços patológicos. Essa discrepância entre sua experiência de si mesma e as críticas de sua mãe é o seu verdadeiro ponto de sofrimento. Tão logo o entrevistador identifica esse ponto, a comunicação muda de forma drástica; a paciente elabora espontaneamente suas respostas e começa a fazer perguntas — a comunicação finalmente se estabelece.

O que aconteceu? Aqui temos uma observação relatada por Jamie Smith, professor de esqui, membro da Jane Gang em Winterpark, Colorado, quando trabalhava com crianças e adolescentes. Enquanto subíamos no teleférico de esqui *Challenger*, a -10°C, comparamos nossas observações sobre o ensino de processos não-lineares. Ele disse:

"Eu não consigo ensinar crianças e adolescentes a esquiar antes que eles estejam prontos. Simplesmente esquio com eles, passo com eles pelos solavancos e espero que eles me imitem. Finalmente, eles começam a me fazer perguntas. Como é que você vai tão rápido? Como é que você consegue fazer a volta tão fácil? Como é que você faz? Então eu sei que eles estão prontos, que eu tenho a atenção deles, que eles estão abertos para ouvir e eu posso ensiná-los."

Jamie Smith se refere à mesma estratégia que é importante ao entrevistar pacientes: você tem que encontrar o ponto do sofrimento. Com a declaração:

"Você tem alguma pergunta para mim?"

o entrevistador bateu no verdadeiro ponto de sofrimento da paciente: "O que é que há de errado comigo? Eu sou normal ou não?"

Retrospectivamente, fica claro que o entrevistador tomara a automutilação como a queixa principal, quando esta surgiu inicialmente, mas não confirmou isso com a paciente. Ele confundiu os aspectos patológicos que o impressionaram, mas não a ela, com a queixa principal da paciente — e acabou numa laboriosa coleção de

dados não alimentada pelo empenho emocional da paciente.

Para que a paciente não deixe de ter presente que a avaliação diagnóstica só é possível se ela se envolver no processo, o entrevistador introduz várias vezes perguntas com a frase: "eu não sei o suficiente sobre você" (Perguntas 139, 140, 141, 143, 144 e 146). Este humilde lembrete da necessidade que ele tem de sua cooperação estabiliza a comunicação.

Ocorreu uma transição entre os papéis da paciente e do entrevistador. Este não é mais tratado como uma autoridade interrogadora a quem a paciente fora encaminhada por seu psiquiatra, o qual, por sua vez, fora respaldado por sua mãe, mas como um especialista que pode lhe fornecer algum entendimento sobre si mesma. Por meio de seu papel como especialista, ele também pode ganhar terreno como ouvinte empático.

Técnica: Seguidamente, os entrevistadores utilizam a técnica de fazer com que o paciente faça perguntas no final da entrevista. Aqui, ela é usada no meio da entrevista, para mobilizar o interesse da paciente no processo e quebrar o formato monótono de pergunta breve, resposta breve. E a técnica funciona — a paciente começa, ela própria, a fazer perguntas (Respostas 136 a 138 e 140). Surge a sua verdadeira queixa principal — não o fato de se cortar, mas a questão a respeito da sua normalidade: "Eu sou louca ou não?"

O entrevistador a mantém nesse modo de questionamento, fazendo afirmações sobre ela que ele introduz com a frase "eu não sei", o que parece animá-la. Funciona porque o entrevistador encontrou o interesse da paciente na entrevista, o seu ponto de sofrimento. Agora ela está sendo entrevistada do seu ponto de vista. O entrevistador deixa de trazer à tona o abuso sexual, possivelmente pelo pai, de examinar a sua possibilidade de ser hipnotizada e de considerar a possibilidade de que suas alucinações sejam, pelo menos em parte, um fenômeno dissociativo mais do que psicótico clássico.

Estado mental: Este segmento mostra que a paciente é capaz de uma elaboração verbal detalhada e dirigida a um objetivo, sem bloqueio do pensamento, circunstancialidade ou fuga de idéias. Subitamente, ela mostra mudanças apropriadas na postura, nos gestos, na expressão facial e na entonação. Uma simples pergunta desencadeou essa mudança, o que mostra o quanto ela depende do meio.

Essa sessão mostra que a paciente tem dificuldades com *insight*. Ela reconhece as alterações de humor, mas considera somente as depressões como uma doença. Parece que ela troca de personalidade, mas o entrevistador não explora essa opção.

Diagnóstico: A paciente descreve espontaneamente (Resposta 139) uma lista de sintomas depressivos de suficiente duração para justificar (Resposta 138) o diagnóstico de depressão maior. Além disso, ela fornece evidências suficientes (Respostas 140 e 142) para mania, que parecem preceder ou se seguir aos episódios depressivos.

As respostas 143 a 146 sugerem a possibilidade de transtorno de personalidade *borderline* corroborada pelo relacionamento ambivalente com o seu namorado e pelo fato de se cortar. Uma explicação alternativa para o fato de se cortar é que esse ato represente um transtorno do controle dos impulsos SOE. Este diagnóstico é sugerido pela afirmação da paciente de que ela sente muitos impulsos incontroláveis; cortar-se parece ser o dominante. O entrevistador aprendeu até aqui que a paciente costuma estar irritada antes de se cortar, que experimenta algum alívio depois, e que o impulso é egossintônico. Contudo, ele não avalia se este impulso é irresistível. Também pouco ele elucida se há outros impulsos que a paciente tenha dificuldade para controlar. Por outro lado, cortar o braço pode representar um ato dissociativo.

148. P: Então, cortar-se não a preocupa. O que é que a preocupa então?

R: (com voz baixa e suave, como se estivesse envolta em mistério) Que eu tenha delírios e alucinações.

149. P: Que tipo de alucinações a preocupam?

R: Minhas vozes.

150. P: Eu não sei o bastante sobre as suas vozes para lhe dar um diagnóstico. Você me disse antes que eram só os seus pensamentos — então eu não sei.

R: (sacudindo a cabeça, inclinando-se para a frente, sussurrando, mas com uma expressão facial animada) Não, não. É como uma voz que vem de trás da minha cabeça e ela me diz o que fazer e o que não fazer. Isso é loucura?

151. P: Hmm... Ela também manda você se cortar?

R: (os olhos se movem rapidamente de um lado ao outro). Manda. Mas isso é o que menos me preocupa. Esta é apenas uma de muitas coisas. Ela me diz todas as outras coisas que eu devo ou não devo fazer.

152. P: Você pode desligá-la?

R: (franze a testa) Não. Está sempre lá. Tudo o que eu posso fazer é tentar ignorá-la, mas não consigo desligá-la.

153. P: Normalmente as pessoas conseguem desligar um pensamento. Então a sua voz é mais do que um pensamento? É a sua própria voz?

R: É, porque vem de dentro da minha cabeça, mas não soa como a minha voz.

154. P: Soa como o quê?

R: Soa como uma voz neutra. Nem masculina, nem feminina. Não tem sexo e não tem idade. Então não é realmente a minha voz, não é?

155. P: Hmm... Está lá a qualquer hora do dia?

R: Sim, a maior parte do dia.

156. P: Tem mais de uma voz?

R: Às vezes tem. Então é como se você discutisse consigo mesmo. Mas existem muitas partes, e todas elas falam umas com as outras. Isso não é uma loucura?

157. P: Eu não sei se você pode controlá-las.

R: Não, elas simplesmente me acontecem. Eu deveria ser capaz de controlá-las?

158. P: Bem, essas vozes ocorrem com maior frequência em algum momento especial?

R: Sim, elas estão todas lá quando eu estou eufórica, nas alturas.

159. P: E quando você está deprimida?

R: Então eu ouço chamarem o meu nome uma ou duas vezes. E é tudo.

160. P: Eu não sei se você tem outra alucinação qualquer além das vozes. Você também enxerga coisas?

R: Sim.

161. P: Como o quê?

R: (acende um outro cigarro e dá uma tragada) Cigarros estranhos.

162. P: Como é que a minha cara lhe parece?

R: Ela se move. Faz caretas. As áreas saltam dela. A sua boca salta para fora. Às vezes penso que posso ver os átomos de tudo e como eles se movimentam. Tudo está mudando. Eu vejo os movimentos. Posso sentir os meus pensamentos. São como choques elétricos cintilando através da minha cabeça. Isso é normal?

163. P: Eu não sei a que ponto as alucinações chegam. Por exemplo, você já chegou a ver sangue brotando do rosto das pessoas?

R: (depois de uma longa pausa) Não, eu acho que não, somente partes do rosto saltando.

164. P: Então você tem distorções visuais. O que aconteceu com essas distorções quando você usou drogas de rua?

R: Com a maior parte das drogas elas ficam mais intensas. Especialmente com ácido. Com ácido as coisas se tornam realmente brilhantes e realmente ruidosas — cores realmente brilhantes.

165. P: Você também disse que tinha delírios? O que você quer dizer com delírios?

R: Todo o tempo eu penso que vou ser famosa um dia na minha vida. Muito famosa. Eu penso nisso desde que eu consigo me lembrar. Estava sempre convencida de que um dia seria famosa —

que sou especial. Estou convencida de que sou um gênio. O senhor acredita que eu sou um gênio? Ou é um delírio?

166. P: Por que é que você pensa que seja um delírio?

R: Minha mãe diz isso e o dr. A. também pensa assim. O senhor também pensa assim ou acha que eu sou um gênio?

167. P: Eu não sei o bastante sobre você. O que é que você acha?

R: Eu simplesmente não sei. Eu tive essas vozes toda a minha vida; tive essas visões toda a minha vida. Eu não conheço nada diferente.

Comunicação: Mantém-se boa; a paciente continua a elaborar livremente. Ela revela suas experiências alucinatórias e fala sobre suas idéias delirantes de grandeza, enquanto o entrevistador demonstra grande conhecimento ao fazer as perguntas certas, o que pode ser percebido ou não pela paciente. Ela parece se tornar mais confiante na experiência do entrevistador, tal como evidenciado por suas várias perguntas. As suas formulações e a falta de reserva sugerem que agora ela o sente como um ouvinte empático.

Técnica: Uma vez que o interesse da paciente foi despertado, tal como fica evidente pelas perguntas frequentes (Respostas 150, 154, 156, 157, 162, 165 e 166), as perguntas abertas, que anteriormente não funcionavam, agora produzem elaborações espontâneas, e o entrevistador pode seguir com os temas que ela introduz. Inicialmente ele investiga suas alucinações auditivas (Perguntas 149 a 159) e depois as visuais (Perguntas 160 a 164). Depois disso, retorna aos delírios (Perguntas 165 a 167).

Estado mental: Atualmente, a paciente tem alucinações auditivas e ilusões visuais, ou até mesmo alucinações visuais. As alucinações não são congruentes nem com o humor depressivo nem com o maníaco, embora aumentem durante os períodos de mania. Contudo, durante a mania, a paciente parece ter mais experiências alucinatórias do que nos períodos de relativa normalidade, ou durante uma depressão. Ela tem permanentemente delírios de grandeza congruentes com o humor de mania. Atualmente, a paciente não está maníaca. Portanto, parece que suas alucinações e delírios são mais ou menos permanentes, e não se limitam a períodos de distúrbios afetivos. Além disso, esta sessão mostra seu *insight* parcial das alucinações e delírios que tem dificuldade em reconhecer como parte de uma doença. Seus delírios de grandeza afetam seu juízo crítico e prejudicam sua adaptação social e o planejamento de seu futuro. As suas permanentes alucinações incongruentes

com o afeto podem representar um processo dissociativo (Kluft e Fine, 1993).

Diagnóstico: Transtornos maníacos e depressivos do humor, juntamente com alucinações incongruentes com o humor se encaixam melhor nos critérios diagnósticos de transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar. Entretanto, existe a controvérsia se este diagnóstico prediz um transtorno mais crônico, semelhante à esquizofrenia, ou mais episódico, semelhante às doenças afetivas. Uma vez que os pensamentos bizarros e as experiências alucinatórias remontam à sua infância, é possível que um transtorno de personalidade tenha precedido o transtorno esquizoafetivo.

Um dos leitores da nossa primeira edição nos escreveu, em resposta à entrevista com Kelly Jamin, que considerava o diagnóstico de transtorno dissociativo de identidade, em função da "automutilação, vozes internas, sentimento de dividir-se em múltiplas partes, evasividade, mudanças de humor, sentimentos de raiva, sintomas de transtornos da alimentação que não preenchem os critérios nem de bulimia nem de anorexia, abuso de substância, abuso na infância... escrever profético, ou outras produções artísticas sob terapia, relacionamentos intensos e muitas vezes caóticos com pessoas afetivamente significativas". Concordamos com sua avaliação e acrescentamos o transtorno dissociativo de identidade à lista diagnóstica. No *The Clinical Interview Using DSM-IV, Volume 2: The Difficult Patient* (Othmer e Othmer, 2002), nós descrevemos técnicas úteis para a entrevista de pacientes com transtornos dissociativos.

Até aqui, a entrevista revela alguns sinais de transtorno de personalidade *borderline* e/ou esquizotípica. Os relacionamentos intensos e íntimos da paciente excluem o transtorno de personalidade esquizoide. Ela também não refere nem ciúme nem suspeição importante, o que exclui transtorno de personalidade paranóide.

A relutância inicial da paciente em comunicar-se livremente com o entrevistador também havia sugerido o transtorno de personalidade esquizoide. Mas, uma vez que ela se abriu após o entrevistador haver identificado a fonte do seu sofrimento, e como ele não encontrou sinais de que ela tivesse medo de ser criticada, o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizoide passa a ser pouco provável.

O único outro transtorno coexistente pode ser o transtorno de controle dos impulsos SOE, o que explicaria o fato de ela cortar os braços.

168. P: Os artistas às vezes parece que têm experiências diferentes. Vincent van Gogh, por exemplo, pintava as coisas como se as pudesse ver crescer. Talvez ele realmente as visse crescendo. Ele parecia fascinado pela luz e pelas cores brilhantes.

- R: Eu vejo as coisas se movendo, se movendo todo o tempo. Eu sou um gênio?
169. P: Eu acho que, quando você consegue expressar como você vê as coisas de modo a que os outros também possam ver e possam sentir como você sente, você pode ter uma parte de um gênio.
- R: Eu consigo expressá-lo às vezes. Tenho que aprender mais sobre isso. Vou ter aulas de redação criativa no próximo semestre. Estou muito animada com isso.
170. P: Van Gogh também se feria, ele cortou fora a sua orelha. Mas eu acho que tem uma coisa que a incomoda a respeito de suas experiências. Você não pode controlá-las. Elas a obrigam a fazer coisas que você não quer fazer. Então, portanto, nós poderíamos chamar algumas das suas experiências de alucinações. A sua medicação ajudou em relação a elas?
- R: Um pouco.
171. P: Qual? O Zolof ou o Loxitane?
- P: Não sei.
172. M: Você consegue expressar as suas visões e os seus sentimentos, às vezes?
- P: Sim, às vezes.
173. M: Como?
- P: Com as minhas esculturas, com meus poemas e talvez com as minhas pinturas.
174. M: Quando você sente a sua tensão se aproximando, quando você quer se cortar, você consegue colocar essa tensão em uma tela em vez de colocá-la nos braços?
- P: Eu posso tentar.
175. P: Eu estou interessado na sua facilidade de se expressar. Você pode me trazer os seus poemas e os seus quadros e o que você achar que seja o melhor que já fez, onde pensa que se expressou melhor?
- R: Eu vou trazê-los.
176. P: Houve artistas, como Van Gogh, que tiveram depressões e que tiveram que ir para um asilo e houve também pacientes psiquiátricos que muitas vezes viveram em instituições mentais que podiam expressar as suas visões. Você chegou a ver essas pinturas?
- R: Não.
177. P: Eu vou trazer algumas e mostrá-las para você, se você quiser.
- R: Eu adoraria. (sorrisos)

*N. de T.: Loxitane: nome comercial, nos Estados Unidos, da loxapina, um dibenzoxazepino (anti-psicótico convencional) ainda não liberado para uso no Brasil.

178. P: Eu gostaria de saber mais sobre você para responder sua pergunta sobre o diagnóstico. Você gostaria de conversar novamente?

R: Sim. Eu gostaria. Eu gostaria de conversar sobre minhas experiências e saber da sua opinião sobre isso.

179. P: Isso é ótimo, Kelly. Eu gostaria de falar com você novamente.

Comunicação: Mantém-se boa, com a paciente interessada no trabalho de arte que o entrevistador introduz no final da entrevista. Ele traz o tópico da arte em uma tentativa de mostrar conhecimento sobre seus problemas, ligando as suas experiências à sua necessidade de expressão artística. Uma vez que ela sente que suas alucinações e delírios são parte da sua existência como artista, esse tema está de acordo com seu nível de *insight*. O entrevistador é capaz de compreender a visão que a paciente tem de si mesma. Ele consegue adotar um ponto de vista que lhe permite entrevistá-la do ponto de vista *dela*, em vez do de um observador de fora, que logo colocaria em evidência que tudo o que ela relata é anormal. Já que a paciente tem algum interesse em se expressar em termos artísticos, o entrevistador tenta canalizar seu impulso de se cortar para uma atuação mais sublimada, tal como ocorre em seu trabalho artístico.

No final da entrevista, a paciente indica que gostaria de voltar a conversar. O entrevistador transformou uma paciente relutante, que tinha apenas seguido a pressão do psiquiatra que a encaminhara, em uma paciente empenhada e cooperativa.

Do ponto de vista de papéis, o entrevistador tenta estabelecer-se como uma autoridade, com conhecimentos em artes e na expressão artística de experiências comuns, o que a paciente parece aceitar. No final da sessão, a comunicação está estabelecida em seus múltiplos aspectos, muito embora o diagnóstico não tenha sido concluído em todas as suas etapas.

Em uma entrevista, pode-se postergar a conclusão das etapas e o processo diagnóstico a qualquer momento, mas não se pode postergar o estabelecimento da comunicação, simplesmente porque o paciente pode não retornar. Portanto, se você tiver um paciente resistente, tente estabelecer a comunicação com ele dentro da primeira sessão, mesmo que tenha que comprometer a conclusão da sua avaliação diagnóstica.

Técnica: O entrevistador estabelece uma ligação entre as experiências alucinatórias da paciente, sua necessidade de se expressar artisticamente e o pintor Vincent van Gogh, que, presumivelmente, também teria um transtorno do humor e/ou um transtorno de abuso de substâncias com psicose (Arnold, 1992). Esta ligação encaixa

no atual nível de *insight* da paciente, no qual ela não pode reconhecer suas vozes como expressão de uma doença e nem tomar distância das suas idéias de grandeza (ver anteriormente Comunicação).

Estado mental: Essa sessão focaliza especialmente a deterioração do teste da realidade da paciente, sua incapacidade de julgar o que é uma doença e o que não é e de avaliar o seu potencial criativo. As suas roupas e seus adereços elaborados parecem ser uma tentativa de estabelecer sua identidade como artista. Sua ambivalência a respeito de seu desempenho escolar, expressa no início, reflete suas dúvidas quanto a essa identidade. Ela provavelmente compensa sua falta de sucesso no trabalho artístico com um "estilo de vida artístico".

Diagnóstico: A paciente parece ser cooperativa e estar motivada a saber mais sobre seu problema. Esses fatores afetam seu prognóstico de forma positiva. Não surge nenhuma informação diagnóstica nova nessa última sessão. Portanto, as considerações diagnósticas fornecidas previamente podem ser suficientes.

Epílogo

Já que o entrevistador só obteve o engajamento emocional da paciente no último terço da sessão, essa entrevista está incompleta no que diz respeito às suas fases. As

impressões diagnósticas não estão substantiadas por exemplos ou detalhes suficientes. O ponto de vista longitudinal, com a história social, médica e familiar está quase completamente ausente. Os dados não estão completos; é desejável realizar testes de lateralidade, da atenção e concentração. O *feedback* foi apenas tocado. O contrato de tratamento se restringe à concordância quanto ao retorno para a próxima consulta.

A entrevista com Kelly Jasmin mostra o ponto principal deste livro: entrevistar é um processo não-linear — muitos acontecimentos ocorrem simultaneamente. As fases são de valor heurístico; indicam que tipo de tópicos devem ser cobertos em uma entrevista completa. Quando tiver dominado esses tópicos, sinta-se livre para pular para a frente e para trás, do rastreamento à história familiar, para o *feedback* e para a verificação de suas impressões, conforme as respostas do paciente indicarem.

Não fique preso à idéia de que deve completar sua entrevista durante a primeira visita. O que é essencial na primeira entrevista é estabelecer a comunicação e determinar a necessidade imediata de tratamento do paciente, especialmente no que diz respeito a sua segurança e à dos outros. A dificuldade nessa entrevista surge do fato de que a paciente dissocia e que o entrevistador não identifica este comportamento e nem o utiliza para o processo diagnóstico. Uma técnica assim avançada é apresentada no *The Clinical Interview Using DSM-IV, Volume 2: The Difficult Patient* (Othmer e Othmer, 2002).

CAPÍTULO NOVE

ENTREVISTA EM TRANSTORNOS ESPECÍFICOS: TRANSTORNOS CLÍNICOS

1. Perplexidade e desconfiança na demência
2. Impostura e negação no abuso e dependência de álcool
3. Hiperatividade irritável no transtorno bipolar
4. Desconfiança no transtorno delirante
5. Evitação na fobia
6. Descrença e constrangimento no transtorno de pânico
7. Sentimentos de perseguição no retardo mental
8. Preguiça na narcolepsia

RESUMO

O Capítulo 9 mostra como modificar as estratégias de entrevista em função dos sintomas, sinais e comportamentos que interferem na comunicação e no processo de obtenção das informações no caso de alguns transtornos clínicos. Essas modificações podem auxiliá-lo a superar algumas dificuldades típicas que surgem com esses diagnósticos.

▲▲▲▲▲

O primeiro passo na direção do conhecimento dos sintomas (da doença mental) é sua localização — a qual órgão pertencem as indicações da doença? Que órgão deve, necessária e invariavelmente, estar doente quando existe a loucura? Os fatos fisiológicos e patológicos nos mostram que este órgão só pode ser o cérebro.

— Wilhelm Griesinger (1845-1882)

▼▼▼▼▼

A entrevista do tipo “padrão” é adequada para os pacientes que têm *insight* suficiente para descrever seus sintomas (Capítulos 7 e 8). Eles são capazes de ver os sintomas como devidos à doença e, assim sendo, costumam não interferir no processo da entrevista. Portanto, essa entrevista mais direta é viável com pacientes que sofrem, por exemplo, de formas mais leves de transtornos somatoformes, de ansiedade, do sono ou do humor, ou de transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Se a patologia do paciente interfere, quer na comunicação, quer no processo da avaliação diagnóstica, você deve modificar a entrevista para os transtornos clínicos. Por exemplo, quando constatar:

1. perplexidade ou problemas de memória, como se observa nos transtornos cognitivos,
2. impostura, como se constata na dependência ou abuso de álcool,
3. hiperatividade, como se vê no transtorno bipolar,
4. desconfiança, como se percebe no transtorno delirante,
5. evitação, como se observa na fobia,
6. descrença e constrangimento, como observado no transtorno de pânico,
7. idéias de perseguição, como às vezes se observa no retardo mental,
8. preguiça, como às vezes se constata na narcolepsia.

Esses oito traços patológicos são específicos a um grupo de transtornos; por exemplo, a hiperatividade, além de ocorrer no transtorno bipolar, pode se fazer presente na intoxicação alcoólica, no uso de anfetamina ou no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Eles são a patologia central, e cada um deles é típico de alguns transtornos clínicos. Traços característicos semelhantes existem para os transtornos de personalidade. Nós descreveremos formas de entrevistar com ambos os conjuntos de características nos dois próximos capítulos.

Para cada transtorno discutido, vamos destacar o que procurar e quais estratégias especiais podem funcionar para estabelecer a comunicação, avaliar o estado mental, manter a entrevista em andamento e, com ela, o processo diagnóstico. O formato que utilizamos para ressaltar nosso método é um comentário continuado, que inserimos em pontos-chave para enfatizar os quatro componentes da entrevista.

1. PERPLEXIDADE E DESCONFIANÇA NA DEMÊNCIA

Diagnosticar a demência avançada é fácil, mesmo para os principiantes. O paciente está desorientado; é incapaz de memorizar três palavras, de contar números, soletrar ou nomear todos os meses do ano de trás para diante e apresenta afasia, apraxia ou agnosia e perturbações das funções executivas (ver Capítulo 4: Estado Mental e Capítulo 5: Testagem).

Por outro lado, as demências iniciais (devidas a lesões corticais difusas leves, especialmente no hemisfério não-dominante) são consideravelmente mais difíceis de identificar. A perplexidade pode ser um indício-chave para a presença dessas lesões. O paciente fica aturdido e desorientado pelas situações do dia-a-dia, pois não consegue entendê-las. Para ele, os acontecimentos cotidianos passam como quadros isolados de uma fita de cinema. Ele percebe as cenas, mas não consegue conectá-las e não consegue, portanto, compreender a intenção das ações. Lembra os elementos das situações sem integrá-los numa sequência lógica. Por exemplo, pode não entender o que aconteceu quando ele e sua família saíram de casa pela manhã. Não percebe onde e por que as coisas foram colocadas de uma determinada maneira. Quan-

do volta à noite, fica perplexo com o aspecto pouco familiar da casa. Costuma dar uma explicação de cunho persecutório para o aspecto de "novidade" que tudo lhe parece ter:

"Está tudo tão estranho! Não consigo sequer imaginar o que possa estar acontecendo. Tenho que estar bem alerta para poder me proteger."

Portanto, se detectar sinais de perplexidade ou desconfiança num paciente mais velho, quer por meio da sua história, quer durante a entrevista, não deixe de acrescentar a hipótese de demência ao seu diagnóstico diferencial.

Ao entrevistar alguém assim, a estratégia é reconhecer a perplexidade e aceitar seus erros de interpretação sem contestá-lo. Não o assuste ou desperte sua suspeição. Permita-lhe descrever em detalhes suas observações e demonstre interesse nas mesmas. Investigue cuidadosamente como ele interpreta os acontecimentos. Expresse empatia por seus esforços. Se conseguir ganhar sua confiança, ele talvez passe a ficar menos na defensiva em relação a você. Não o examine como se estivesse colocando em dúvida seus relatos ou explicações. Evite distanciar-se da sua narrativa. Por exemplo, uma pergunta do tipo:

"O que é que isso significou para você?"

implica que para ele significa algo diferente do que significaria para você.

"Como você se sentiu com isso?"

implica que você pode sentir-se de modo diverso. Disso pode resultar um sentimento de alienação, e o paciente pode parar de cooperar. Em vez disso, pergunte:

"O que eles queriam com isso?"

"O que foi que você fez?"

Da mesma forma, utilize frases curtas, pois o paciente pode não lembrar as frases longas. Use palavras simples e concretas. Use o vocabulário dele e estabeleça conexões entre as perguntas por meio de transições suaves, de maneira que ele possa seguir a cadeia do seu pensamento sem se irritar ou se sentir frustrado. Se der mostras de que ficou cansado, interrompa a entrevista e continue mais tarde.

A sra. M., uma viúva de 60 anos, afro-americana, é apresentada pela assistente social, que teme que a paciente possa estar sendo explorada por seus parentes. De acordo com a paciente, seus parentes remexem nos seus pertences durante a sua ausência. Deixam sua casa em desordem e, às vezes, pegam seus cheques e seu dinheiro. Sua filha conta que, nos dois últimos anos, a mãe tem sido uma pessoa difícil de lidar e que acusou alguns membros da família de roubá-la.

Quando a paciente entra na sala, entra agarrada no braço da assistente social que a acompanha.

1. P: Oi, sra. M., a sua assistente social, a dra. B., me falou sobre os seus problemas (a paciente olha para a assistente social e sorri). Eu gostaria de saber mais a respeito deles. Há quanto tempo a senhora vem aqui?
- R: Ah!, eu comecei uns nove meses atrás. (a informação está correta) Não conseguia mais conviver com a minha filha.
2. P: E com que frequência a senhora tem vindo?
- R: Mais ou menos a cada duas semanas. (a informação está correta)
3. P: A senhora faltou a algumas consultas?
- R: Não, acho que não. Eu sou cuidadosa com isso.
4. P: Então, a senhora tem uma boa memória. A senhora sempre sabe em que dia estamos?
- R: Com certeza.
5. P: Vamos ver, que dia é hoje?
- R: (dá a data certa)
6. P: Quem a traz aqui para a clínica?
- R: Às vezes, eu venho sozinha. Mas na maioria das vezes, minha filha ou meu genro me trazem.
7. P: Eles a trazem?
- R: Sim.

8. P: Quem fala para eles sobre as suas consultas?

R: Eu. Eu telefono e falo para eles.

9. P: E eles têm tempo para isso?

R: Não, na verdade, não. A minha filha precisa sair do trabalho.

Comunicação: A presença da assistente social deixa a paciente mais descontraída, à medida que esta a considera uma aliada.

Técnica: As perguntas simples, que exigem memória recente, sobre as circunstâncias aparentemente periféricas que envolvem as visitas à clínica foram planejadas para sondar a capacidade da paciente de interagir com o entrevistador. No caso de haver um transtorno de memória, ele pode derivar para o exame do estado mental e focar a história remota. Se a memória estiver intacta, pode avaliar os problemas mais recentes.

Estado mental: O entrevistador inicia uma conversa que parece investigar somente as circunstâncias periféricas das visitas à clínica, e a paciente responde abertamente, sem sinais de suspeita. O que o entrevistador faz, de fato, é utilizar a conversação como instrumento para o exame da memória recente e do senso de orientação da paciente (as visitas à clínica podem ser verificadas no prontuário). Ambos parecem estar intactos. O entrevistador não insistiu na deixa da resposta nº 1 (dificuldades com a filha), pois espera que esse assunto ressurgirá mais adiante.

Diagnóstico: A memória basicamente intacta da paciente exclui o diagnóstico de demência em um estágio mais avançado (lista nº 2).

10. P: Então sua filha a traz aqui. Ela parece se preocupar com a senhora.
- R: Não tenho certeza. Ela parece não querer me perder de vista.
11. P: Como assim?
- R: Quer saber aonde eu vou.
12. P: Ela sempre fez assim?
- R: Não sei. Simplesmente me deu uma luz. Faz pouco que eu percebi isso.
13. P: A senhora pode me contar o que foi que aconteceu?
- R: Uma vez, quando eu saí, as coisas não pareciam as mesmas quando voltei para casa. Uma das ripas do forro parecia ter sido removida. Alguém tinha mexido no meu armário. Não tinham nem fechado. E eu não consegui encontrar o meu dinheiro. Devem tê-lo levado.
14. P: O que foi que a senhora fez a respeito disso?

- R: Tentei escondê-lo, para que não pudessem encontrá-lo. Mas o dinheiro tinha desaparecido de qualquer maneira.
15. P: Por que sua filha faz isso?
R: Não sei.
16. P: A senhora tem algum outro exemplo?
R: Sim. As coisas nunca parecem iguais quando volto para casa. Posso afirmar que tem alguém mexendo nas minhas coisas.
17. P: A senhora sabe quem?
R: Só minha filha tem a chave.
18. P: O que foi que a senhora fez a respeito disso?
R: Eu pedi que ela me devolvesse a chave. Pedi que não mexesse nas minhas coisas. Ela me olhou de um jeito meio estranho. E mentiu para mim. Ela mente e diz que não está fazendo isso.

Comunicação: A paciente não está na defensiva e nem solta tiradas raivosas ou vingativas; em vez disso, é franca com o entrevistador e compartilha com ele suas preocupações, o que é contrário ao que ocorre com um paciente com idéias de perseguição devidas a um transtorno delirante.

Técnica: Por meio de uma transição suave, o entrevistador reintroduz o assunto da filha da paciente, mas provocando-a ao afirmar que a filha parece preocupada com ela, contrastando com o que a paciente dissera na Resposta 1. Ele utiliza essa técnica para provocar uma resposta emocionalmente carregada, necessária para a investigação dos seus sentimentos em relação à filha (Perguntas 11, 13 e 16) com perguntas factuais do tipo "o quê?", "como?", "por quê?" (Perguntas 13 a 15).

Estado mental: A sra. M. parece estar perplexa; parece perceber e interpretar equivocadamente os acontecimentos baseada na suspeição. Se a filha tivesse de fato roubado a paciente, provavelmente não sairia do seu trabalho para levá-la à clínica psiquiátrica.

Diagnóstico: Os sentimentos de perseguição são de início recente. Não mostram um tom depressivo ou maníaco ou um sistema paranóide organizado, como a crença de que esteja sendo discriminada ou perseguida (Respostas 13, 16 e 18), o que sugeriria uma deterioração do processamento da informação.

A lista nº 1 das doenças incluídas é:

- demência do tipo Alzheimer, de início precoce, com delírios
- demência vascular, com delírios
- demência persistente induzida por substâncias

- transtorno psicótico, devido a uma condição médica geral, com delírios
- problema de relacionamento entre pais e filhos.

A lista nº 2 das doenças excluídas é:

- transtorno do humor devido a uma condição médica geral
- esquizofrenia tipo paranóide
- transtorno delirante.

19. P: Existem outras coisas mais acontecendo?
R: Coisas estranhas.
20. P: A senhora pode me falar sobre elas?
R: Sim.
21. P: E então?
R: É o meu neto. Ele gosta de vir à minha casa. Depois da sua visita, eu o levei até a porta e um carro amarelo estava parando. Parou bem na esquina. E o que é que isso tem a ver com o seu neto?
22. P: Bem, ele foi até lá e eles falaram com ele.
23. P: Que foi mais que aconteceu?
R: Eles falaram com ele, e ele entrou no carro deles.
24. P: A senhora conhecia aquelas pessoas?
R: Não, nunca os tinha visto antes na minha vida.
25. P: O que aconteceu depois?
R: Fiquei assustada. Pensei que o tinham raptado.
26. P: A senhora fez alguma coisa a respeito?
R: Chamei minha filha. Conte para ela, e ela simplesmente riu. Eu me senti como se estivessem me fazendo de boba.
27. P: Hmm.
R: Mais tarde, eu liguei novamente para ela, e eles negaram tudo. Disseram que ele já estava em casa. Disseram que o pai de um amigo dele o levava para casa.
28. P: E ele estava em casa?
R: De alguma maneira eles conseguiram pegá-lo. Devem ter conseguido.

Comunicação: A paciente supre o entrevistador dos detalhes desejados, sem submetê-los à censura.

Técnica: O entrevistador investiga a percepção e a capacidade de interpretar os acontecimentos do cotidiano. A paciente conta sua história em pequenos segmentos. Precisa ser estimulada para desenvolver essa história. Três tipos de perguntas ajudam: as perguntas relativas ao tempo, por exemplo: "O que aconteceu depois?" (Perguntas 23, 25 e 27); perguntas que ligam elementos da história entre si, por exemplo: "Como A se relaciona com B?" (Perguntas 22, 28 e 32); e perguntas que pedem por mais detalhes, por exemplo: "Que aspecto tinha?" "O que você sabe sobre isso?" (Pergunta 24).

Essas questões revelam se o paciente é capaz de interpretar um acontecimento com precisão, como uma cadeia de causa e efeito. As perguntas mais fortes dentre essas são aquelas que abordam a interpretação do paciente:

- "Por que isto aconteceu?"
"O que isso significa?"
"O que você fez a respeito?" (Pergunta 26)

Estado mental: A paciente não foi capaz de compreender o novo relacionamento social de seu neto. Isso revela um déficit de sua memória recente que não foi evidenciado na avaliação inicial de sua memória e senso de orientação. A paciente consegue reproduzir a sequência de acontecimentos, mas se confunde no entendimento da sua significação social.

Diagnóstico: A capacidade de aprendizagem prejudicada da paciente aponta no sentido de uma deterioração cognitiva. Um transtorno depressivo numa paciente idosa poderia explicar um déficit deste tipo se a atenção e a capacidade de concentração estivessem perturbadas e também estivessem presentes o retardo psicomotor e o retraimento social. Na sua ausência, um processo cognitivo é o responsável mais provável.

29. P: Por quê?
R: Eles me deixaram falar com ele (o neto). Mas a voz dele me soou estranha.
30. P: Soou estranha?
R: Sim.
31. P: Essas coisas voltaram a acontecer?
R: Uma outra vez, o mesmo carro passou por ali e parou. E eles o pegaram de novo.
32. P: O carro estava esperando?
R: Não. Estava simplesmente passando.
33. P: Como é que eles sabem quando o seu neto vai sair da sua casa?
R: Ah!, eles devem ter sabido. Ele deve ter telefonado. Eu ouvi que estavam cochichando no telefone.
34. P: A senhora perguntou para ele?
R: Não, eu não quis. Queria ver o que ia acontecer. E então o carro veio e o pegou novamente.
35. P: O que é que a senhora sabe sobre as pessoas do carro?
R: Nada, mas eles já estavam com outra criança no carro e deixaram o meu neto entrar também.
36. P: Não poderia ser um amigo do seu neto?
R: Não, eu não o conheço. Minha filha diz que é, mas eu não sei. Acho que tem alguma coisa acontecendo.
37. P: A senhora tem alguma idéia do que poderia ser?
R: Não, na realidade, não. É simplesmente estranho.

38. P: A senhora acha que eles estão atrás da senhora?
R: Não sei. Acho que poderiam estar. Mas vou ficar de olho. E tenho as minhas janelas pregadas e ferrolhos instalados nas portas.
39. P: Haveria alguma razão para eles estarem atrás da senhora?
R: Não, eu não fiz nada.
40. P: Eles estão atrás do quê?
R: Do meu dinheiro, talvez.
41. P: E quem seriam eles?
R: Ah, acho que talvez minha filha e talvez as pessoas do carro.

Comunicação: A paciente confia no entrevistador. Revela seus temores, suas preocupações e seus sentimentos de insegurança.

Técnica: O entrevistador se concentra no modo como a paciente interpreta os acontecimentos (com exceção das Perguntas 31 e 35), que revelam sua falta de compreensão, mas também seu pensamento delirante.

Estado mental: A paciente continua a interpretar os acontecimentos de modo persecutório, delirante e não-organizado. Por exemplo, não consegue explicar por que os pais colaboram no seqüestro de seu neto. Persevera no tema de que essas pessoas e sua família estão atrás de seu dinheiro.

Diagnóstico: A produção verbal adequada, juntamente com um déficit na memória recente e na compreensão das situações sociais, e a presença de delírios não-organizados de perseguição corroboram o diagnóstico de demência de início precoce, com delírios.

No restante da entrevista, o entrevistador excluiu a presença de sintomas depressivos, de abuso de álcool e de uso de qualquer medicação que sabidamente interfira nas funções mentais, como os anticolinérgicos. Um exame mais extenso do estado mental revelou também que a paciente teve dificuldade na interpretação de provérbios, para contar de dois em dois de trás para diante, e para copiar um cubo (Figura 9.1).

Esses resultados, mais exames adicionais — incluindo um eletrencefalograma, uma tomografia computadorizada, um Teste de Inteligência de Wechsler, um Teste de Shipley-Hartford e a Bateria de Testes Neuropsicológicos de Halstead-Reitan, que, juntos, confirmaram uma deterioração cognitiva — corroboraram a impressão inicial de:

Eixo I:

1. Demência do tipo Alzheimer, sem perturbação do comportamento, com início precoce, DSM-IV-TR 294.10

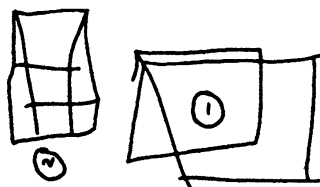


Figura 9.1 Apraxia de construção: desenhe um cubo.

2. Transtorno psicótico devido à doença de Alzheimer, com delírios, DSM-IV-TR 293.81

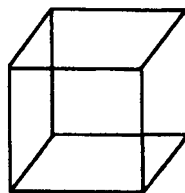
Eixo III: Doença de Alzheimer 331.0

Uma vez que a demência relacionada à doença de Alzheimer é um diagnóstico de exclusão, devemos descartar os outros tipos de demência. Além disso, as suspeitas da paciente levam a perturbações do comportamento (por exemplo, acusar parentes) que parecem ser devidas aos delírios e não ao processo de demência. Por isso, codificamos esse exemplo de caso como "sem perturbação do comportamento". O registro concomitante da condição médica que causa a demência é codificado no Eixo III.

2. IMPOSTURA E NEGAÇÃO NO ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL

Existem várias apresentações do abuso de álcool que aparentemente ocorrem repetidas vezes:

1. O alcoolista morador de rua, que admite abertamente que bebe. Ele baixa frequentemente nos hospitais para desintoxicação em troca de casa e comida, mas se recusa a deixar de beber. Costuma trazer bebida de contrabando para dentro da enfermaria e bebe às escondidas.
2. O paciente mais jovem com abuso/dependência de álcool e transtorno de personalidade anti-social, que relata vadiagem, maus hábitos escolares ou de trabalho, mentiras, conduta violenta, roubo, numerosas multas de trânsito ou ficha policial. Seus sintomas sociopáticos podem obscurecer o problema com a bebida.
3. O paciente de classe média com abuso/dependência de álcool e transtorno do humor, que revela sintomas depressivos, mas subestima o problema com a bebida.
4. O profissional liberal ou executivo de meia-idade com abuso/dependência de álcool, que continua a desempenhar suas funções sociais, mantém a apa-



rência de uma vida familiar feliz com a esposa e os filhos e fala sobre o estresse que enfrenta, mas nega que beba em excesso.

Enquanto os dois primeiros tipos são fáceis de entrevistar, pois admitem que bebem, os dois últimos têm um interesse ativo em esconder sua dependência do álcool.

Para superar esses obstáculos, você precisa, em primeiro lugar, detectar o problema do paciente com a bebida, apesar da negação. Para isso, deve procurar:

1. uma história passada ou familiar de uso de bebida, abuso ou de dependência de álcool;
2. uma história de doenças frequentes de curta duração e de absenteísmo;
3. sinais de intoxicação ou de abstinência durante a entrevista; e
4. testes da função hepática, GGT (gama-glutamil-transferase) acima de 30 unidades, TDC (transferina deficiente de carboidratos) acima de 20 unidades e VCM (volume corpuscular médio) elevado.

Se você suspeita de abuso/dependência de álcool, mas seu paciente o nega, não deixe de insistir. Insista nesse tema com tato e com frequência. Traga-o à tona repetidamente, até que o paciente passe, pouco a pouco, a admitir a história toda.

Seja cauteloso no sentido de que o paciente não perca a dignidade, sendo pego mentindo ou sendo acusado de estar enganando. Compreenda a motivação para a mentira: as pessoas que abusam do álcool costumam ter a percepção de que não são, de fato, dependentes, de que poderiam parar de beber se o quisessem realmente, de que seu cônjuge, seu patrão e seu médico injustamente exageram e dão demasiada ênfase ao seu hábito de beber, de uma maneira dogmática e intolerante. Podem alegar que bebem para relaxar, ao que têm direito como compensação pelas pressões da vida familiar e do trabalho.

Em segundo lugar, quando você tiver estabelecido um padrão de uso do álcool, discuta as vantagens e desvantagens de beber. Induza o paciente a admitir os seus bons

e maus efeitos, de modo que você possa investigar amplamente o impacto do alcoolismo na sua vida. Trabalhe em direção a esse objetivo, perguntando se algum membro da família, algum colega ou amigo o considera um alcoolista. O paciente pode, de má vontade, admitir uma tal crítica. Então pergunte se o ponto de vista do crítico está correto. O paciente pode ficar irritado, na defensiva e citar exemplos "daqueles bêbados vagabundos", que são "os verdadeiros alcoólatras" e que deveriam ser criticados. Talvez leve mais do que uma entrevista para se alcançar o estágio de admissão do problema e de *insight*.

Mesmo quando o paciente admite que é um alcoolista e lhe assegura que vai parar, deve-se esperar que ele secretamente negue o problema. Traduza essa "cooperação" para o seu significado real:

"Você espera que eu admita que tenho um problema com a bebida. Estou disposto a admiti-lo, não porque ache que você esteja certo, mas porque você não sabe de nada. Quando lhe digo que quero parar de beber, quero apenas dizer: 'Largue do meu pé'. Eu digo 'Eu vou parar de beber' para tranquilizá-lo, mas vou tratar de esconder melhor quando eu beber, de modo que os outros não fiquem com uma má impressão."

Se você tiver reunido indícios suficientes a respeito do alcoolismo de um paciente, de nada adianta pressioná-lo a adotar da boca para fora a conhecida premissa terapêutica de admitir seu alcoolismo e prometer abstinência. Em primeiro lugar, é preciso que ele se convença de que a bebida está realmente arruinando a sua vida.

O paciente alcoolista é especialmente sensível à perda de uma pessoa de apoio. Se essa perda for iminente, utilize-a para fazer o paciente perceber o dano a que a bebida o submete. Aproximadamente 25% dos suicídios são cometidos por pessoas que abusam de álcool, e eles costumam se seguir à perda de uma pessoa de apoio (Goodwin e Guze, 1989). Se o suicídio dá uma estimativa da importância do apoio, não deixe de utilizar a pessoa de apoio como alavanca na sua entrevista.

Eis aqui uma entrevista com o sr. Haroldo B., um professor de economia, de 58 anos de idade. O sr. B. tinha uma história grave de dependência de álcool, sua esposa havia ameaçado divorciar-se dele, e o reitor o havia notificado de que ele poderia perder sua estabilidade no cargo se não conseguisse reprimir o uso da bebida. Depois de tais advertências — de acordo com a esposa —, o paciente de fato parou de beber durante o último ano. Depois que a esposa retornou de um período de duas semanas de férias, que ela tinha tirado sem o marido, encontrou-o em um "péssimo" estado. Ele foi encaminhado para um tratamento com eletrochoque, em razão de sintomas graves de depressão.

O paciente estava sentado em sua cama, de pés descalços. Estava despenteado, com a barba por fazer e o cheiro rançoso da falta de banho pairava por todo o quarto.

1. P: Olá. O dr. A. me pediu para falar com o senhor. (o dr. A. é o encarregado do tratamento do paciente)
- R: Olá. (o paciente evita o contato visual e olha para as próprias mãos. Está suando. Seu rosto está um pouco inchado e manchado, com um leve edema periférico. Suas mãos estão trêmulas)
2. P: O dr. A. lhe disse que eu viria lhe ver?
- R: Acho que... ele pode ter dito.
3. P: O senhor lembra o que foi que ele lhe disse?
- R: Disse a respeito do quê?
4. P: A respeito de por que eu viria vê-lo?
- R: Não sei. Talvez alguma coisa sobre o tratamento da depressão. (não há latência prolongada na resposta)
5. P: E quando foi que ele lhe falou a respeito disso?
- R: Ele não lhe disse? O senhor não é o médico? Por que me fazer todas essas perguntas bobas?
6. P: Bem, é importante para mim saber o quanto o senhor consegue se lembrar bem das coisas.
- R: Não há nada de errado com a minha memória. Eu só estou doente. O senhor não consegue enxergar isso? Será que eu tenho que lhe dizer o que é que há de errado comigo? O senhor deveria saber. (começa a tremer)
7. P: O senhor deve estar se sentindo horrível. A sua aparência me diz que se sente muito mal; mas é também a maneira como fala.
- R: O que é que o senhor quer dizer?
8. P: A mim me parece que lhe aborrece ter que falar comigo.
- R: Não, está bem.
9. P: O senhor parece irritado.
- R: Isso não é por causa do senhor. Tudo simplesmente me irrita. Ficar sentado aqui. Ninguém faz nada neste maldito hospital, ninguém se importa com nada.
10. P: O senhor deve estar se sentindo realmente muito mal.
- R: Isso não é piada. Não preciso de piadinhas. (enrubece)
11. P: Deixe-me lhe dar algo que vai acalmar seus nervos.
- R: O que é que o senhor quer dar para mim?
12. P: Um pouco de Librium* e umas injeções de vitaminas. (o médico chama a enfermeira e dá a prescrição de Psicosedin 25 mg** VO e tiamina 100

*N. de T.: Clordiazepóxido.

**N. de T.: No original, *Librium 50 mg* (a mesma substância, Clordiazepóxido).

mg. Toma o pulso do paciente. Está em 108) Quando tiver tomado a medicação, ficará mais fácil para o senhor conversar comigo. Quer que eu volte daqui a um pouco mais?

R: Não, está bem. Não faz qualquer diferença. Vamos terminar logo com isso.

Comunicação: As perguntas aparentemente periféricas (se e quando o médico encarregado discutiu a visita do médico consultor, Perguntas 1 a 4) irritam o paciente (Respostas 5 e 6). Assim, o entrevistador troca para declarações que expressam empatia por seu sofrimento (Perguntas 7 a 12), buscando encontrar cooperação. O paciente se torna menos irritável e passa a concordar mais.

Técnica: As perguntas de abertura avaliam a memória recente. O paciente é evasivo e resiste a essa linha de questionamento, o que leva o entrevistador a tentar assegurar a comunicação (ver anteriormente).

Estado mental: A aparência e as más condições de higiene do paciente sugerem ou uma depressão maior, grave, ou — com os antecedentes de abuso de álcool — um estado de abstinência. O aumento da frequência cardíaca, a sudorese, o inchaço e a fluência da linguagem corroboram a hipótese de abstinência de álcool. O fato de o paciente se recusar, irritado, a responder às perguntas que avaliam a memória recente reforça essa impressão. Portanto, o entrevistador prescreve clordiazepóxido (Psicosedin), para atenuar a abstinência, e tiamina (vitamina B1), para prevenir a síndrome de Wernicke, uma deficiência de vitamina B1.

Diagnóstico: O estado mental, em combinação com a história, sugere fortemente o diagnóstico de abstinência de álcool. Durante esse estado, uma depressão subjacente é de difícil avaliação.

13. P: Quando o senhor baixou?
R: Deve ter sido anteontem.
14. P: O senhor sabe a que horas?
R: Deve ter sido à noite. (o prontuário mostra que ele internou há um dia, pela manhã)
15. P: Por que o senhor baixou?
R: A minha mulher e a sua irmã me trouxeram. Elas devem ter pensado que eu estava doente. Eu me sentia mal do estômago. Estava simplesmente sentado. Eu não tinha ido trabalhar por uns dias. Elas voltaram de uma viagem. Então me trouxeram para cá.
16. P: O senhor dormiu bem ontem à noite?
R: Eu estava exausto, mas não conseguia dormir. Eu me virava e me remexia na cama. Tive que me le-

vantar várias vezes durante a noite para beber. Bebi uma grande quantidade de água.

17. P: Só ontem à noite?
R: Talvez as noites anteriores também.
18. P: Quando o senhor acordou pela manhã?
R: Ah, as enfermeiras me fizeram sair da cama e tomar o café da manhã. Mas eu não estava com fome. Só tomei café.
19. P: Quanto café o senhor tomou?
R: O senhor quer dizer, hoje?
20. P: Sim.
R: Oito ou dez xícaras. Não sei. (a enfermeira traz o Psicosedin 50 mg, água e a seringa. O paciente toma o Psicosedin sem qualquer comentário, junto com a água. Começa então a puxar as calças para baixo para a injeção)
21. P: O que é que o senhor está fazendo?
R: A senhor não queria me dar uma injeção?
22. P: Sim. O senhor parece trêmulo. Mas não quer saber por que estou lhe prescrevendo esses remédios?
R: O senhor faz o que quer neste hospital. Qual é o sentido de perguntar?
23. P: Bem, deixe-me lhe dizer. Eu li no seu prontuário que o senhor tinha um problema com a bebida. Acredito que o senhor esteja bebendo novamente e que seja duro para o senhor largar essa coisa. É por isso que estou lhe receitando o Psicosedin.
R: O que o faz pensar assim? Não estou bebendo mais. Larguei a bebida.

Comunicação e técnica: O entrevistador utiliza a melhora na comunicação para investigar alguns sintomas da abstinência do álcool como se usasse uma lista de verificação, para prepará-lo para perguntas mais diretas sobre o seu problema com a bebida, a partir da Questão 23.

Estado mental: O paciente tem alguns transtornos leves da memória recente, e inquietação com insônia. Não está interessado no seu tratamento atual e nega o fato de beber.

24. P: O senhor quer dizer que não tem bebido ultimamente?
R: Larguei em maio, no último dia 18 de maio, mais precisamente.
25. P: O senhor quer dizer que tomou seu último drink naquele dia?
R: Sim, foi quando eu fui para o hospital.
26. P: O que foi que aconteceu quando o senhor saiu?
R: Estive ótimo durante todo o verão, mas quando o semestre se iniciou, não me senti mais tão bem assim.

27. P: O que aconteceu?
R: Bem, lentamente, comecei a descer morro abaixo. Minha mulher acha que estou deprimido de novo.
28. P: Bem, e o que é que o senhor acha?
R: Acho que ela pode estar certa.
29. P: Então, quando o senhor se sentiu deprimido, voltou novamente a beber?
R: Eu não conseguia dormir.
30. P: E o álcool o ajuda a dormir?
R: Sim, antigamente ajudava. Ao menos no início.
31. P: E dessa vez, ajudou?
R: Eu tento não beber mais.
32. P: O senhor quer dizer que diminuiu?
R: Minha mulher disse que me abandonaria se eu recomeçasse novamente.
33. P: Então o senhor teme que ela possa deixá-lo.
R: Também posso perder o meu emprego. Eles podem me despedir.
34. P: Bem, o que é que o senhor faz quando precisa de um drink durante o dia ou quando não consegue dormir?
R: Tento não fazer nada.
35. P: Certo. E se isso não funciona?
R: Às vezes, vou para o meu gabinete e durmo lá.
36. P: No seu gabinete?
R: Sim.
37. P: Então o senhor foge para o seu gabinete? É lá onde o senhor tem as suas coisas?
R: O que é que o senhor quer dizer?
38. P: Bem, o senhor me disse que perderia o emprego se fosse encontrado bebendo novamente, e que sua mulher o abandonaria. Então o senhor não tem escolha. Tem que esconder.
R: Bem, eu durmo no gabinete, de modo que a minha mulher não sente o cheiro da bebida. Eu troquei para vodka. Dizem que cheira menos. Mas só tomo quando não consigo dormir, quando preciso para os meus nervos.

Comunicação: O entrevistador expressa interesse pelo estado mental do sr. B. neste último ano e mostra empatia com sua preocupação de que o paciente possa perder a esposa e o emprego, caso venha a ser novamente descoberto bebendo. Sua preocupação ajuda a manter a comunicação em andamento.

Técnica: O entrevistador vacila entre coletar a história recente de um consumo crescente de álcool e a expressão de interesse nas preocupações do paciente (ver Comunicação). Essa abordagem mantém o paciente falando e o leva a, lentamente, admitir seu retorno à bebida.

Estado mental: A negação do paciente se esvai.

Diagnóstico: O entrevistador preenche com detalhes a história recente do abuso e dependência de álcool.

39. P: Himm.
R: O senhor realmente não acredita em mim, não é verdade?
40. P: Bem, estou tentando entendê-lo. Sei que quando começa a beber, necessita de quantidades cada vez maiores de bebida para que funcione. E o senhor me contou que começou novamente depois do verão passado, em agosto. Agora estamos em janeiro. O senhor voltou atrás e agora ficou demais.
R: O senhor é pior do que a minha mulher. Pode perguntar a ela. Ela não disse mais nada a respeito de eu beber. Ela nem falou com o reitor. Ninguém disse nada sobre isso.
41. P: Então, qual é o seu principal problema?
R: Meu problema principal é depressão. Eu me sinto péssimo.
42. P: Eu sei que sim. Mas temo que vamos lhe prestar um desserviço se não cuidarmos do seu problema da bebida.
R: Eu realmente não tenho mais esse problema.
43. P: Bem, o senhor me disse que agora estava escondendo que estava bebendo. O que é que faz quando está no trabalho e os seus nervos o atrapalham, sente-se trêmulo e não consegue se concentrar?
R: Já lhe disse que me moderei.
44. P: Eu sei, mas quando bebeu um drink à noite, e se sente estragado pela manhã, o que é que o senhor faz?
R: Simplesmente tomo um café.
45. P: Certo, mas e se isso não funciona? O senhor tem alguma coisa no seu gabinete, para alguma emergência?
R: Eu não sou louco. Não quero perder o meu emprego. O que é que o senhor pensa que aconteceria caso encontrassem algo desse tipo?
46. P: Então, o que é que o senhor faz?
R: (silêncio)
47. P: Eu posso ajudá-lo mais e melhor se o senhor se abrir comigo. Nesse meio tempo, deixe-me aplicar a injeção. (dá a injeção de vitamina) Se o senhor não quer conversar comigo, por que não conversa com o dr. A. sobre isso?
R: Não preciso de nada a respeito de problemas com a bebida no meu prontuário.
48. P: Não vou escrever nada no seu prontuário. Simplesmente vou conversar com o dr. A. e recomendar que nós procedamos à sua desintoxicação.

Dentro de uns poucos dias, gostaria de vê-lo novamente e ver o quanto sobrou de sua depressão.

R: O senhor realmente não acredita em mim.

49. P: Sei que o senhor está realmente sob uma grande pressão, que está assustado, porque pode perder sua esposa e seu emprego, e não quero que o senhor perca nada. Quero ajudá-lo tanto quanto eu possa.

R: Todos vocês dizem isso. Mas ninguém, de fato, entende como eu me sinto. Ninguém entende a pressão sob a qual eu vivo.

50. P: Eu sei que o senhor está sob uma enorme pressão...

R: Se a minha mulher me vê tomando um drinque, ela exagera e pensa que sou um alcoolista. E esta é a única razão pela qual tenho que escondê-lo. Ela não disse mais nada.

51. P: Eu sei. Eu li a nota de baixa e falei com o dr. A. Sua esposa não mencionou nada a respeito de bebida quando o senhor internou no hospital nesta ocasião.

R: Então, o senhor não acredita nela?

52. P: Não conversei diretamente com ela.

R: Por que o senhor não telefona para ela? Ela vai lhe dizer que eu não toquei na bebida.

53. P: Ah!, eu acredito nisso.

R: Por que isso?

54. P: Acredito que haja boas razões para ela me dizer isso.

R: Por que ela deveria? O senhor acha que eu escondo bem?

55. P: Talvez. Mas talvez isso não seja tudo.

R: O que é que o senhor quer dizer?

56. P: Eu não acho que ela tampouco queira que o senhor perca o emprego. O que é que ela faria se o senhor fosse despedido?

R: Por que ela me traria para cá?

57. P: Bem, acredito que ela perceba o seu problema. Ela quer algum tipo de ajuda para o senhor, sem dar o nome de "problema com a bebida". Se o senhor não confia em mim, não há razão para eu conversar com o senhor... Embora exista...

R: E qual seria?

58. P: Que eu cuido dos seus interesses melhor do que o senhor mesmo. Se o senhor realmente quer ajuda, não ganha nada escondendo o problema de seu médico.

R: Então, o que é mais que o senhor quer saber?

Comunicação: O entrevistador toma uma posição de não julgar o paciente e expressa repetidamente que quer ajudá-lo.

Técnica: O entrevistador nem confronta nem interpreta as tentativas do sr. B. de usar a esposa como um alibi para a sua pretensa abstinência ou para assegurar a sua diminuição do uso da bebida. Ele também desvia as tentativas do paciente de diminuir a importância de seu problema com a bebida e investiga em detalhe a sua história recente desse mesmo problema, pondo abaixo, assim, a sua negação.

59. P: Quero saber o que o senhor faz no trabalho quando precisa de algo para os nervos.

R: O senhor está de volta ao mesmo assunto.

60. P: Se o senhor me contar, poderemos encerrá-lo de vez.

R: Já lhe disse que eu moderei.

61. P: Sim, o senhor moderou, o senhor tenta controlar melhor o problema e tenta escondê-lo melhor. Então, onde é que o senhor esconde a coisa durante o dia?

R: Ah!, logo uns dias antes de eu vir para cá, ainda tinha uma garrafa. Depois que a comprei, eu não queria trazê-la para casa. Então, deixei-a no carro.

62. P: O senhor quer dizer que fica no banco do carro, onde todo mundo pode vê-la?

R: É claro que não. Eu a coloco no lugar do estepe, enrolada num trapo.

63. P: Então, o senhor esconde a sua bebida no gabinete e no seu carro.

R: Na realidade, não. A minha mulher costuma entrar no gabinete. Não existe tanto lugar para esconder nada lá.

64. P: Onde é que o senhor escondia no passado, quando estava bebendo mais?

R: Naquela época? Eu tinha uma coleção completa no porão.

65. P: O senhor quer dizer que agora tudo isso acabou?

R: Ah!, não, ainda está lá. Mas eu não toquei nela.

66. P: Compreendo como o senhor se sente e a pressão sob a qual está. Vou conversar com o dr. A. Acredito que vamos lhe dar alguns dias de descanso e boa comida. Então veremos como ficará a sua depressão. Devo dar ao dr. A. as minhas recomendações.

Comunicação: A tática de extrair a história do alcoolismo pouco a pouco evita a quebra da comunicação. Embora o entrevistador não tenha sido aceito como um aliado já durante a primeira entrevista, lançou as bases para uma futura aliança terapêutica. O desafio consiste em conquistar o pleno *insight* do paciente quanto ao seu problema com a bebida. Com muitos aditos ao álcool e às drogas, esse é um objetivo a longo, muito mais do que

a curto prazo, que requer uma terapia prolongada, muitas vezes pontuada por recaídas.

A busca ativa da história do alcoolismo por parte do terapeuta o coloca numa posição de autoridade, da qual ele vai abrir mão assim que o paciente tiver pleno *insight* e vier a aceitar a meta da abstinência.

Técnica: O objetivo do entrevistador é lidar com o mecanismo de defesa da negação. Nessa entrevista, a negação da ingestão de qualquer bebida foi substituída pela aceitação da ingestão, ocasional, sob estresse, de uma pequena quantidade de bebida. Obviamente, o estado de abstinência do paciente contradiz esta afirmativa. No entanto, trata-se de um longo processo de quebra dessa defesa.

Estado mental e diagnóstico: No que diz respeito à presente internação, o diagnóstico diferencial inclui abuso de álcool e transtorno depressivo maior. Apesar da negação do paciente quanto a beber, o entrevistador presume que ele bebeu em grande quantidade ("Eu deixei de trabalhar por uns tempos"), durante a ausência de sua mulher, mas havia parado de beber na sua volta, para evitar um conflito conjugal. Isso levou ao seu "estado desolador". As características essenciais da abstinência alcoólica são visíveis: náusea ("eu me sentia mal do estômago"), tremores, hiperatividade autonômica (sudorese, taquicardia), mal-estar, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade e sono intermitente e perturbado. Ele mostrava desidratação e boca seca ("Eu bebi grande quantidade de água"). Ele admite esconder álcool em casa e no seu carro, para usar no trabalho.

O alcoolista intoxicado costuma ter uma síndrome de amnésia aguda, que pode ter sido responsável pela incapacidade do sr. B. de recordar o horário de sua internação.

Diagnóstico

Diagnósticos pelo DSM-IV-TR: Dependência de Álcool 303.90 e Abstinência de Álcool 291.81. Essa entrevista pretendia somente mostrar uma maneira de lidar com a negação por parte de um alcoolista. Não avaliava outras doenças relacionadas ou não ao álcool. Tal diferencial não costuma representar dificuldades e pode ser aplicado o formato da entrevista padrão.

3. HIPERATIVIDADE IRRITÁVEL NO TRANSTORNO BIPOLAR

Perda de *insight*, de controle e da orientação para objetivos, juntamente com um impulso aumentado, tudo

isto resulta em hiperatividade irritável e interfere na entrevista do paciente com transtorno bipolar, episódio maniaco. A falta de *insight* desses pacientes impede que você utilize argumentos racionais e confrontação com seu humor alterado para influenciá-lo. Lide com ele como se fosse um explosivo pronto para detonar a qualquer momento.

A falta de *insight* o torna distraído. Um ruído qualquer no corredor pode atrair a sua atenção. Ele pode ser estimulado a monólogos excessivos pela aparência do médico ou pelas pernas bem-torneadas da médica, e então comentar, no momento seguinte, a barba do servente. Dos elogios, pode passar a insultos pesados. Nenhum tópico é mantido em foco. Seu pensamento é imprevisível e errático.

O impulso aumentado e o controle relaxado levam o paciente maniaco a falar, gritar, persuadir, praguejar, berrear ou cantar. Cego pela energia, ele se sente irritado, feliz ou excitado, mas, acima de tudo, completamente justificado em insistir no que quer que seja em que esteja interessado naquele momento. Quem se opõe a ele é seu inimigo. Ele tem sensações vagas de que as coisas não caminham ao seu modo, e isso o incomoda. O paciente maniaco não consegue se dar conta de que seu enorme impulso é desorientante, assustador ou divertido para quem o observa de fora. Ele não tem *insight* sobre o quanto afeta as outras pessoas.

Como se entrevista esse paciente?

A melhor abordagem é fazer seu impulso aumentado trabalhar para você. Discrimine seu ponto de vista, identifique-se com seus objetivos e comporte-se como se os tivesse adotado. Se conseguir ajudá-lo a alcançar seus objetivos, seu humor permanecerá eufórico. Se se opuser ao seu paciente, você poderá despertar sua raiva e hostilidade e impedir a sua adesão ao tratamento. Se ele desejar abandonar o hospital, você pode dizer que também o quer fora do hospital o quanto antes, mas de forma permanente. Se ele deseja conversar com você agora, você realmente queria conversar com ele uma hora atrás. Em resumo, concorde com ele e o apoie, em vez de se tornar um obstáculo aos seus objetivos, contradizê-lo, impor sua autoridade ou brigar com ele.

Como se coletam os fatos para fazer um diagnóstico?

O paciente com doença bipolar, episódio maniaco, tem pouco *insight* em relação a seus sentimentos, mas se dá conta de suas ações. Sabe que está dormindo menos, que pode se envolver em brigas e discussões, e percebe que os outros o trouxeram a um psiquiatra. Mesmo depois

da remissão, esse paciente tipicamente fala sobre seu ataque maniaco passado em termos de alterações comportamentais, e não do estado de humor. Raramente se dá conta ou se lembra de que se sentiu ou se sentiu eufórico:

"Eu escrevia mais cartas; gastava mais dinheiro do que tinha; passava cheques sem fundos; e me matriculei em três academias de ginástica ao mesmo tempo; comprei US\$ 6.000,00 em cerâmicas para a minha casa; abandonei a minha namorada; saí com uma enfermeira, uma secretária e uma dançarina de boate; os outros me diziam para calar a boca, de modo que eu devia falar mais do que o normal; na verdade, não sei como é que eu me sentia, como é que eu raciocinava ou pensava. Não me sentia doente nem fora de controle."

Permita ao indivíduo em crise maniaca descrever seu comportamento, mas não espere que ele admita que possa haver qualquer coisa de errado com ele. Ele está se sentindo melhor do que nunca. Quando chegar a um impasse, utilize a distratibilidade de seu paciente para redirecioná-lo. Não discuta e não tente persuadi-lo, mas o mantenha distraído.

No exemplo seguinte, o paciente insiste em receber alta (impulso aumentado). A entrevistadora concorda com ele, mas repetidamente deixa claro para o paciente que ele só pode ter alta se certas condições forem atingidas. Pode dizer que quer fazer mais pelo paciente do que simplesmente lhe dar alta: não quer que ele precise voltar para o hospital. Ela lembra ao paciente que ele teve que retornar ao hospital em outra ocasião, quando a alta foi prematura. Se o paciente lembrar de uma explosão de raiva contra a polícia ou amigos que ele pensa que o traíram, ou contra o médico que teria jogado sujo com ele, a entrevistadora vai concordar e insistir que isso nunca mais deve acontecer. Ela diz:

"Eu quero ajudá-lo a lidar melhor com os outros e não ser o saco de pancada deles. Veja bem, você gritou, berrou e os empurrou, e até esmurrou um deles. Foi por isso que acabou num hospital. Quero ajudá-lo de modo que não precise mais gritar, berrar e empurrar! Assim essa gente não vai incomodá-lo mais."

Uma descrição do tipo "Você gritou, chutou e berrou" é — como foi mencionado no parágrafo anterior — melhor do que uma introspecção do tipo "Você se sente inquieto, irritado e excitado, e nós temos que acalmá-lo", pois o paciente pode não perceber-se como inquieto, irritado e excitado, mas ele se lembra de que berrou e chutou.

Sr. Brendam R., um paciente casado, de 38 anos, branco, foi transferido para uma enfermaria psiquiátrica a partir de um outro hospital, onde havia esmur-

rado um médico. Suas mãos e seus pés estavam algemados à maca. No prontuário que o acompanhava, estava diagnosticado como esquizofrênico. Mencionavam-se "condutas bizarras" e "delírios paranóides", mas não havia descrições precisas do comportamento do paciente.

Estabelecimento da comunicação

1. P: O que aconteceu com você?
R: (silêncio, parece irritado, respirando pesadamente)
2. P: O que aconteceu? Por que você foi algemado?
R: Foda-se. Deixe-me ir embora daqui. Não vou falar com você. Simplesmente me deixe ir embora. Deus não vai tolerar isso. Eu quero ajudar a humanidade, libertá-los a todos — nós somos todos criaturas livres —, somos todos iguais a Deus. Deus vai libertar as criaturas — nós somos todos iguais a Deus. Deus cuidará disso. Ver é acreditar. Eu vejo! Eu vejo! Deixe-me ir embora. Agora, agora, agora. Agora é agora e agora é sempre. Agora não é nunca. (tensiona as algemas)
3. P: Eu não quero mantê-lo aqui. Também quero que você vá embora, depois que você parar de gritar, berrar e chutar.
R: Deixe-me sair! Retire essas algemas, tire-as fora, fora, fora! Puta! (gritando)
4. P: Também quero tirá-las. Mas não quero colocá-las novamente. Então, quando você parar de gritar, nós poderemos retirá-las.
R: Então, retire-as! Retire-as agora.
5. P: Vou retirá-las se não tiver que colocá-las novamente.
R: Quero sair!
6. P: Também quero que você saia daqui. Entendeu? Você pode sair quando falar calmamente. Quero saber o que foi que resultou nessa história das algemas.
R: Não quero falar com você, mulher. Quero sair.
7. P: Certo. Vou tirá-lo daqui. Mas, diga-me, em primeiro lugar, por que é que você está algemado?
R: Eu bati nele. Bati naquele doutor, porque ele me disse que eu não poderia sair. Ele não pode fazer isso, ele não pode fazer isso.
8. P: Você vai sair. Mas você fala alto demais. Você grita, não fala.
R: (abaixa a voz) Eu consigo falar. Tira as algemas (debatendo-se e contorcendo-se)
9. P: Eu quero tirá-las, mas não quero ter que recolocá-las. Quero me assegurar de que você não vai atacar ninguém.
R: Então faça isso.

10. P: Certo, mas, antes de tudo, preciso ajudá-lo a falar com mais calma.
R: Eu me acalmar? Estou amarrado. Isto me faz gritar.
11. P: Vou aplicar-lhe uma injeção para que possamos retirar as amarras, e para que você não grite e não berre e possa falar comigo.
R: Não preciso de injeção, ninguém precisa de injeção. Estou pregado na cruz. O filho de Deus foi pregado na cruz, Jesus foi o nosso salvador.
12. P: Eu o quero fora da cruz. Deixe-me ajudá-lo. Aqui está a injeção para que você possa sair da cruz.
R: Certo. Vamos logo com isso. Quero sair. (a entrevistadora dá ao paciente uma injeção de 50 mg de clorpromazina IM, sem que este se oponha)

Comunicação: A entrevistadora estabelece a comunicação com sr. R., concordando com ele que a contenção mecânica deva ser suspensa. Já que ele não tem *insight* quanto à sua excitabilidade como um sintoma de sua doença, a entrevistadora não expressa nenhuma empatia em relação ao estado excitado do paciente. Nesse aspecto, a abordagem adotada com o paciente irritável se desvia daquela descrita no Capítulo 2: Estratégias de Comunicação. Uma afirmação como "Deve ser horrível estar preso e algemado" soaria sarcástica e colocaria sua hostilidade em ignição, em vez de beneficiar a comunicação.

Técnica: A entrevistadora concorda com o objetivo do paciente, mas acrescenta a condição de que ele, em primeiro lugar, tem que parar de gritar. Ela não apresenta tal condição como uma restrição, mas como uma segurança de que o paciente não terá que ser novamente colocado em contenção mecânica. Evita falar sobre o estado mental do paciente do qual ele não tem nenhum *insight*, mas aborda apenas o seu comportamento, que o paciente consegue reconhecer, embora o perceba — diferentemente da terapeuta — como justificável.

Estado mental: O paciente está alerta e mostra uma excitação hostil, com fuga de idéias e perseveração temática no objetivo de ser desalgemado.

Diagnóstico: Todos os transtornos associados a um estado excitado devem ser considerados, tais como:

- demência devida a uma condição médica geral
- intoxicação por fenilciclídina, cocaína ou anfetaminas
- delírium induzido por substâncias ou devido a uma condição médica geral
- transtorno bipolar I, episódio mais recente maniaco
- esquizofrenia, tipo paranóide

- transtorno esquizofreniforme
- transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar

Excluindo demência e delírium

13. P: Quando você chegou?
R: Há muito tempo. Duas auroras atrás.
14. P: No domingo?
R: (risos) Foi terça-feira, beleza, não o domingo ensolarado. Dois dias atrás era uma terça-feira, pois hoje é uma quinta.
15. P: De que mês?
R: Que mês, que mês? Eu não sou bobo. Deixe-me em paz.
16. P: Eu vou, mas me diga primeiro qual foi o mês. Você me deu o dia.
R: Não lhe dou nada. Eu lhe dou tudo. Dar, dar, dar. Deus dá e perdoo.*
17. P: E o mês?
R: O mês, o mês, o mês! O que é o mês? Não é julho, não é setembro. Mas o mês entre os dois, é o que eu me lembro. (com precisão)
18. P: Quando você começou a ficar tão inquieto?
R: Eu não podia dormir. Deus queria que eu rezasse. Eu quero rezar. (olha fixamente para a médica) Você também está amarrada. Você tem amarras?
19. P: Quando você começou a rezar?
R: Há uma semana e meia. Eu estava ajudando todo mundo. Estava ajudando a humanidade, mas eles me pegaram. Os soldados de Pôncio Pilatos me pegaram.
20. P: Você rezava antes?
R: Há dois anos, eu estava num hospital. Eles disseram que eu ficaria lá, porque era um esquizofrênico ou qualquer coisa parecida. Gastei todo o meu dinheiro em uma invenção, eu fiz colarinhos e punhos de manga de mentira. Tirem estas algemas. (a entrevistadora dá ordem para que removam as algemas)

Comunicação: A entrevistadora envolve o paciente na conversa e consegue sua cooperação.

Técnica: A entrevistadora investiga e testa a memória recente, uma técnica descrita como parte do exame de estado mental.

Estado mental: O sr. Brendam está orientado, e com a memória recente intacta. Mostra uma propensão para

*N. de R. T.: Em inglês, o paciente faz um jogo com a sonoridade das palavras dar e perdoar: "God gives and forgives".

fazer rimas e trocadilhos, e para perseverar em certas palavras, como "mês". O conteúdo do seu pensamento mostra uma preocupação com idéias religiosas. O investimento em uma invenção na qual teria perdido todo o seu dinheiro mostra um julgamento crítico bastante deturpado.

Diagnóstico: As respostas de Brendam excluem a presença de demência ou *delirium* e sugerem um transtorno psiquiátrico recorrente, mais provavelmente um transtorno bipolar, e menos provavelmente uma intoxicação periódica por substâncias.

Excluindo abuso de substâncias

21. P: Vamos dar uma volta por aí. Vou lhe mostrar o lugar. Vamos.
R: Doutora, a senhora é bastante simpática. Vamos sim, vamos fazer esse passeio.
22. P: Sim. Vamos dar toda a volta. Quero saber mais sobre você. Diga-me, quando reza, você toma drogas?
R: Nunca tomo drogas. Nem as drogas que os doutores me prescreveram eu nunca tomei. Quero estar limpo. Não quero estar dopado. Dopidopidoo e (começa a dançar e a cantar) Dopidopidoo.
23. P: Você bebe?
R: Não preciso da bebida. Posso me sentir bem sem ela. Eu me sinto tão bem, tão bem, tão bem! (risadinhas e gargalhadas)
24. P: O que é que você fazia antes de ser hospitalizado?
R: Trabalhava como alfaiate. Ganhava bem. Mas posso fazer melhor.
25. P: O que você quer fazer quando sair daqui?
R: Quero ajudar a humanidade com as minhas invenções. Ninguém mais terá que comprar uma camisa. Só vão vestir um colarinho e os punhos.

Comunicação: A entrevistadora se oferece para dar uma volta com o paciente, para dar a ele uma chance de aliviar sua inquietação, o que o agrada.

Técnica: A entrevistadora verifica os sintomas de uma maneira direta. Uma aproximação mais aberta seria menos produtiva, porque o sr. Brendam tem a tendência a se distrair e apresenta fuga de idéias.

Estado mental: O paciente continua a apresentar fuga de idéias com jogo de palavras. Após a remoção da contenção mecânica, seu humor irritável é substituído pela euforia, mostrando que sua labilidade afetiva depende da situação em que se encontra. O conteúdo do pensamento mostra a presença de idéias de grandeza. Os planos quanto ao futuro revelam uma deterioração do julgamento crítico da realidade.

Diagnóstico: Tudo o que foi exposto anteriormente exclui um diagnóstico de intoxicação por substâncias ou transtorno de humor induzido por substâncias e corrobora o diagnóstico de transtorno bipolar, episódio maníaco.

Confirmando transtorno bipolar

26. P: Você tem planos tão grandes agora! Nunca se sentiu desanimado, deprimido?
R: Se eu me senti desanimado, desanimado, desanimado? Jogado no lixo? Ah, sim. Inicialmente eu trabalhava na minha invenção e então fiquei tão desanimado que ficava na cama o tempo todo, não queria me mexer. Eu me sentia tão mal! (começa a chorar)
27. P: Está tudo bem. Agora você não está se sentindo mal.

Diagnóstico: A Resposta 26 confirma o transtorno bipolar do tipo I. Nesse ponto, seria conveniente retomar o formato padrão de entrevista, para obter mais dados da história.

Diagnóstico

Diagnóstico pelo DSM-IV-TR: Transtorno Bipolar do Tipo I, Episódio Atual Maníaco, Grave sem Características Psicóticas 296.43.

4. DESCONFIANÇA NO TRANSTORNO DELIRANTE

O paciente com delírios de perseguição experimenta os acontecimentos da vida e do cotidiano como direcionados contra ele. Ele suspeita que é perseguido devido ao seu "conhecimento especial", "insights" ou "dons".

Existem duas dificuldades na entrevista com o paciente com delírios de perseguição: primeiro, ele pode desconfiar de você, pois qualquer um de seus comentários, gestos ou expressões faciais pode desencadear seus sentimentos de ser perseguido por você. O paciente pode estar convencido de que você se comunica e colabora com seus inimigos, ou que é membro de uma irmandade secreta que está atrás dele, para prejudicá-lo. Se ele concluir que você está com "eles", vai se tornar temeroso ou hostil, e parar de cooperar. O paciente paranóico pode não reclamar abertamente de que o terapeuta trama contra ele, mas pode esconder sua suspeita para não alertá-lo de que ele descobriu tudo.

Segundo, ele teme que você pense que ele está louco. Pode, portanto, ficar na defensiva e sonegar informações.

O indicio é a interação dele com você. Ele vai seguir-lo com os olhos, dar respostas curtas, vagas e evasivas, com hostilidade latente, ou retrucar com perguntas.

Como se entrevista esse paciente?

A estratégia básica ao se entrevistar um paciente assim é lidar com suas idéias persecutórias não como algo estranho, mas compartilhando o sofrimento que elas causam a ele e exercendo empatia com sua angústia mental. Trate suas interpretações delirantes como se fossem verdadeiras. Aborde-as desde o ponto de vista do paciente, e não de um observador externo.

O iniciante considera essa uma tarefa difícil. Ele fica mais à vontade na posição "externa", que funciona melhor com pacientes que tiveram delírios no passado, mas que não estão em fase aguda no momento. Perguntas como:

- "Você tem tendência a ser desconfiado?"
"Você se sente ameaçado com facilidade?"
"Você é um tanto paranóico?"

vão deixá-lo de mãos vazias com um paciente plenamente delirante. Da mesma forma, afirmações neutralizantes como:

- "Desde quando seus vizinhos o estão perseguindo, na sua opinião?"
"Em que outros momentos você acredita que foi injustiçado?"

podem despertar sua raiva e levar a objeções:

- "O que você quer dizer com 'na sua opinião'? Você não acredita que seja verdade? Eu não apenas acredito, realmente aconteceu!"

Uma tal reação é plausível, uma vez que o paciente está acostumado com o ceticismo, o ridículo e a rejeição por parte da família e de amigos quando expressa suas suspeitas. No entanto, se garantir a ele que o entende, ele pode vir a confiar em você. Quando ele experimentar a sua empatia, vai se tornar mais cooperativo e demonstrar a necessidade de compartilhar seus problemas. Perguntas que levam seus sentimentos de desconfiança a sério podem garantir a cooperação:

- "Como você foi tratado pelos outros?"
"Você já foi açoitado, tratado injustamente ou discriminado?"
"Na sua experiência, as pessoas parecem não gostar de você?"
"Você já foi sujeitoado a alguma humilhação?"
"Quem mais foi injusto com você?"

Essa estratégia falha se o paciente se sente "engabelado" ou "enrolado", e se ele sentir que você está de-

fendendo o lado dele de maneira falsa, apenas para agradá-lo, obter informações e fazê-lo de bobo.

Alguns entrevistadores têm resistência em aceitar as idéias do paciente. Eles acham que reforçam seus delírios ao fingirem compartilhar seu teste de realidade deteriorado, e que violam sua integridade profissional. Se você tem tais escrúpulos, lembre-se de que os delírios são crenças falsas e fixas que não podem ser corrigidas por argumentos lógicos, os quais apenas despertam o antagonismo do paciente e destroem a comunicação.

Os delírios de perseguição, como outros delírios, diminuem com o tratamento com neuroleptícos ou com o tempo. Sua intensidade pode ser medida pelos cinco estágios do *insight* (ver Capítulo 4, Seção 3: Exploração, Percepção). Ajuste o seu estilo de entrevista ao estágio de *insight* do paciente. No Estágio V, o paciente age segundo seu delírio. Trate-o como se fosse verdadeiro. Diga ao paciente que o tratamento (medicação) tem por objetivo neutralizar o efeito das "perseguições".

Quando ele não estiver agindo segundo seu delírio, mas meramente falando sobre ele (Estágio IV), ou se recusar a continuar falando sobre ele (Estágio III), ou afirmar que aquilo era verdade no passado, mas que agora parou (Estágio II), demonstre a mesma distância em relação ao delírio. Finalmente, quando o paciente negar o delírio passado como factual e o reconhecer como parte de uma doença (Estágio I), expresse a mesma opinião e discuta sua natureza mórbida com ele.

Exemplos: Um paciente pode perguntar:

- "Você realmente acredita que meus vizinhos estão querendo me pegar ou acha que é tudo coisa da minha cabeça?"

Existem diversas opções de resposta. Se você acredita que o paciente basicamente não tem qualquer dúvida quanto ao seu delírio e está simplesmente testando você, responda da seguinte forma:

- "O principal é que você está convencido de que é isso o que eles querem. E a sua convicção é verdadeira para mim. Eu a levo a sério. Vou ajudá-lo a lidar com ela e a conseguir um certo alívio."

Ao sentir que o paciente está começando a questionar seu próprio delírio e está prestes a abandoná-lo, você pode proceder assim:

- "O que o faz me perguntar isso? Você tem alguma dúvida? Eu gostaria que você me falasse mais a respeito de suas dúvidas. Você agora pensa diferente sobre sua experiência passada?"

Ajude então o paciente a aceitar a realidade e a reconhecer seus delírios anteriores como patológicos. Con-

tudo, não perca totalmente de vista o delírio enfraquecido, pois ele frequentemente retorna num período posterior. Diga ao paciente:

"Nem sempre é fácil saber se uma pessoa foi realmente prejudicada ou se ela tende a exagerar porque se sente tão ferida. Por isso, gostaria que você discutisse estas idéias comigo imediatamente quando elas surgirem, para que juntos possamos decidir o que fazer a respeito delas."

A seguinte entrevista foi conduzida com a sra. Frances S., uma paciente ambulatorial de 52 anos, branca, casada. Ela foi trazida pela assistente social, que queria excluir a possibilidade de um transtorno psiquiátrico. Segundo a assistente social, a paciente tinha se tornado cada vez mais desanimada devido à dificuldade de arranjar um emprego como secretária executiva. Assim como a assistente social, o residente não estava certo se um transtorno psiquiátrico estava presente ou não. As queixas da paciente eram vagas. Ela havia dito que "as cartas estavam contra ela", e se recusara a elaborar o assunto.

1. P: Sra. S., a dra. A. (assistente social) e o dr. B. (residente) me disseram que a senhora teve problemas em arranjar trabalho. Entendo que a senhora esteja muito desanimada com isso.
R: É, parece que não adianta mais.
2. P: Como a senhora se sustenta?
R: Eu tenho umas economias. Elas devem durar mais uns dois ou três meses, e depois estou acabada.
3. P: E o que a senhora vai fazer então?
R: Vou estar acabada. Não posso fazer nada.
4. P: Isso parece muito ruim.
R: Bem, é ruim mesmo.
5. P: Quando a senhora diz que vai estar acabada, o que quer dizer?
R: Eu não sei. Vai ser o fim.
6. P: A senhora pretende fazer alguma coisa quanto a isso?
R: Já pensei nisso.
7. P: Como assim?
R: Pular, me arrepiar.
8. P: A senhora está pensando nisso agora?
R: Agora não, mas daqui a dois meses vou estar, se as coisas não mudarem.
9. P: Isso me parece muito deprimente.
R: É mesmo. Eu continuo batalhando, mas tenho a sensação de que estou chegando ao fim.
10. P: Isso deve atormentá-la dia e noite.
R: É verdade.

Comunicação: O entrevistador aproveita três oportunidades (Respostas 1, 4 e 10) para expressar empatia e ganhar a confiança da paciente.

Técnica: A queixa principal da sra. S. (não conseguir arranjar emprego) sugere um problema ocupacional que pode ser abordado em termos de como o problema surgiu e qual pode ser o seu desfecho. O entrevistador opta por explorar as expectativas e os planos futuros da paciente para ter uma noção melhor de seu julgamento crítico.

Estado mental: A expectativa da paciente quanto ao futuro é negativista, e seu julgamento parece deteriorado, uma vez que o suicídio não parece ser uma solução racional.

Diagnóstico: Transtornos com ruminções ou comportamentos suicidas devem ser considerados (lista nº 1, ver Capítulo 6), tais como:

- episódio depressivo maior
- transtorno bipolar II, deprimido
- abuso de álcool
- outros transtornos por uso de substâncias
- transtorno de somatização
- transtorno de personalidade dependente
- transtorno de personalidade *borderline*

11. P: Isso afeta o seu sono?
R: Meu sono é bom. Esqueço tudo quando estou dormindo.
12. P: E o seu apetite?
R: Estou comendo menos porque não tenho dinheiro. Mas gosto de comer.
13. P: Bem, tenho certeza que a dra. A. pode ajudá-la a descobrir como obter algum benefício da Previdência Social.
R: É mesmo?
14. P: O que você precisa mesmo é de um emprego.
R: É verdade.

Diagnóstico: O transtorno de humor é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em mulheres de meia-idade. Por isso, o entrevistador investiga a presença de sintomas vegetativos de depressão, mas não obtém indícios.

15. P: Conte-me o que aconteceu na sua última entrevista de emprego.
R: Eu cheguei na hora marcada e a secretária foi muito simpática, mas eu tive a sensação de que não ia dar certo.
16. P: Deve ser horrível ter certeza de que não vai dar certo e mesmo assim fazer a entrevista até o fim.
R: Sim, é horrível.
17. P: Como é que eles estragam as coisas para a senhora?
R: Eles não me dão o emprego.

18. P: A senhora tem alguma idéia de por que eles não lhe deram o emprego?
R: Não, na verdade eu não sei.
19. P: Bem, o que a senhora imagina? Tem alguma coisa acontecendo?
R: Não sei. Acontece com muita frequência.
20. P: Quer dizer que aconteceu muitas vezes?
R: Sim.
21. P: Eu a admiro por continuar tentando.
R: É, espero que algum empregador possa não saber e então me contrate.
22. P: A senhora disse "não saber"?
R: Hmmm.
23. P: Pode me dizer o quê?
R: Bem, eu não sei. Mas acho que tem a ver com os computadores.
24. P: O que é que tem os computadores?
R: Bem, eles estão em toda parte. Se você viaja de ônibus, eles botam o seu nome num computador. Quando você compra uma passagem de avião, eles botam o seu nome num computador. Eles guardam todas as informações sobre você nos computadores.
25. P: Hmmm.
R: Eles têm (com ênfase) tudo nos computadores.
26. P: E por que eles não a contratam?
R: Porque eu sei sobre os computadores deles... essa é a maneira deles se vingarem de mim.
27. P: Isso a coloca numa situação difícil. A senhora sabe de tudo, mas ainda assim precisa que eles lhe deem um emprego.
R: Sim.

Comunicação: Novamente, o entrevistador expressa empatia pela situação da paciente de modo a manter a comunicação (Perguntas 16, 21 e 27). Ao deparar-se com pensamentos persecutórios, ele se coloca no lugar da paciente e investiga detalhes desde seu ponto de vista (Perguntas 17, 19, 24 e 27).

Técnica e estado mental: O entrevistador sonda detalhes da entrevista de emprego da paciente e a estimula a especular sobre as razões de sua rejeição (ver Capítulo 3, Seção 1: Queixas). Quando ele expressa compaixão por sua situação, a paciente revela sua explicação persecutória delirante para ter sido rejeitada. De outra forma, ela poderia ter se mantido na defensiva, uma vez que os pacientes com delírios de perseguição são expostos à descrença e ao ridículo e aprendem a ocultar suas crenças delirantes.

Diagnóstico: Os delírios de perseguição acrescentam à lista de transtornos (lista nº 1, ver Capítulo 6):

- Demência do tipo Alzheimer, com início precoce, com delírios
- Transtorno psicótico devido a uma condição médica geral
- Esquizofrenia, tipo paranóide
- Transtorno delirante

O entrevistador excluiu outra opção, qual seja, a presença de uma depressão com delírios de perseguição, demonstrando a ausência de sintomas vegetativos de depressão (ver Perguntas 11 e 12).

28. P: A senhora sempre tem que preencher uma ficha, e eles colocam as informações no computador. Eles sabem tudo sobre a pessoa. Diga-me, quando você se deu conta disso?
R: Ah, foi quando eu ainda estava em Junction City. Marquei uma hora com um empregador e fui falar com ele, mas não consegui o emprego. Eles já sabiam sobre mim.
29. P: Essa foi a primeira vez?
R: Sim.
30. P: Então tudo estava bem antes da senhora ir para Junction City. Onde a senhora morava antes disso?
R: Nós estávamos no Arizona, e morávamos em Phoenix. Eu ainda estava casada naquela época.
31. P: Aconteceu alguma coisa em Phoenix?
R: Não, tudo andava bem.
32. P: E a senhora tinha um bom emprego em Phoenix?
R: Não, na verdade não tinha.
33. P: Mas acabou arranjando um?
R: Não. Talvez tenha sido em Phoenix que isso tudo começou. Faz 18 anos.
34. P: Fale um pouco sobre isso.
R: Quando cheguei em Phoenix, marquei uma entrevista, mas, quando cheguei ao escritório, o chefe nem sequer estava lá.
35. P: Ele tinha saído?
R: Sim, e de repente eu percebi que alguma coisa suspeita estava acontecendo, e nunca mais parou.
36. P: A senhora vivia com seu marido antes disso começar?
R: Sim.
37. P: E como era o seu casamento?
R: Não muito bom. Ele sofria muito a influência da mãe.
38. P: Ela morava em Phoenix?
R: Não, isso foi em Illinois. Antes de irmos para Phoenix, nós morávamos com os pais dele em Illinois.
39. P: E o que aconteceu?
R: A mãe dele estava sempre contra mim. Ela não dizia nada, mas eu sentia. E eu disse a ela que sabia de tudo. Então não deu certo e meu marido e eu nos mudamos para Phoenix.

40. P: E foi lá que os problemas de trabalho começaram?

R: Sim. Sempre que eu me candidatava a um emprego, eles botavam meu nome num computador e ficavam sabendo quem eu era e que eu sabia tudo sobre os computadores deles. Daí eles se vingavam de mim não me contratando.

Comunicação: Como o entrevistador continua a conversar com a sra. S. do ponto de vista dela, sem esperar que ela tenha um *insight* da falsidade de suas crenças, ele consegue manter uma boa comunicação.

Técnica: O entrevistador usa as técnicas de continuação e transição suave para explorar o início de seu pensamento delirante, e é capaz de rastrear seus delírios até 18 anos atrás ou mais.

Estado mental: Os delírios de perseguição parecem ser bem-organizados e duradouros. Durante a conversa, a paciente não demonstra indícios de um transtorno formal do pensamento. Tudo o que ela diz é lógico no contexto de seu delírio.

Diagnóstico: Esse segmento revela a desconfiança em relação à sogra. A natureza duradoura do delírio corrobora ainda mais a noção de que um transtorno do humor provavelmente não é responsável por sua ocorrência. O delírio persistente também exclui todos os transtornos de personalidade mencionados anteriormente como motivo dos problemas da paciente, uma vez que os transtornos de personalidade por si não produzem delírios ou alucinações.

41. P: A senhora tem passado por um sofrimento tremendo. Deve ser terrível saber que eles não vão lhe dar nenhuma chance. Isso não afeta o seu humor?

R: Eu sinto raiva, mas tento mostrar a eles que não podem me derrotar.

42. P: A senhora os escuta conversando sobre a senhora?

R: Não, mas sei que eles estão lá.

43. P: Houve épocas em que eles não a incomodaram?

R: Não, é constante. Tento ignorar, mas não consigo arranjar um emprego à minha altura.

44. P: Por que a senhora não contou isso ao dr. B.?

R: Bem, achei que ele ia pensar que eu sou paranóica.

45. P: É isso o que as pessoas pensam?

R: Sim, elas acham que eu sou louca.

46. P: E o que a senhora acha?

R: Eu não acho — eu sei que é verdade e que elas estão erradas. Elas simplesmente não entendem.

O senhor é o primeiro que parece acreditar em mim e não fala comigo como se eu fosse louca.

Comunicação e técnica: O entrevistador usa uma transição suave nas Perguntas 40 e 41. Mais uma vez, ele expressa empatia pela situação da paciente (Pergunta 41) para manter a comunicação e evitar ser incorporado ao sistema delirante.

Estado mental: O entrevistador exclui alucinações auditivas (Pergunta 42) e confirma mais uma vez a falta de *insight* da paciente.

Diagnóstico: A ausência de alucinações e de um transtorno formal do pensamento permite ao entrevistador excluir a esquizofrenia tipo paranóide.

47. P: Obrigado. Fico feliz que a senhora sinta que eu compreendo o que está passando.

R: O que não é pouco!

48. P: Quando a senhora se sente tão estressada, acha que algum tipo de medicação ou mesmo um drinque poderiam ajudá-la a relaxar?

R: Por que o senhor pergunta isso? Acha que eu sou uma bêbada?

49. P: Não, não acho. Mas quando as pessoas se sentem tão estressadas, elas às vezes tentam fazer alguma coisa para se aliviar — elas podem tomar um cálice de vinho e se sentirem mais relaxadas.

R: Eu não gosto de álcool.

50. P: A senhora já tomou algum tipo de droga?

R: Como o quê?

51. P: De qualquer tipo e para qual problema?

R: Talvez uma aspirina para dores de cabeça.

52. P: Alguma vez a senhora teve que tomar alguma coisa para ficar acordada?

R: Não, às vezes eu tomo uma xícara de chá. Eu nem gosto de café.

53. P: A senhora já teve problemas de peso e tomou alguma coisa para isso?

R: O senhor quer dizer anfetaminas, ou algo assim?

54. P: Por exemplo.

R: Eu não gosto de drogas, está bem? E também não gosto das suas perguntas. Não gosto de ser acusada!

55. P: A senhora está certa. Já está passando por muita coisa e não precisa que eu piore tudo. Mas minha intenção não é acusá-la. Se dei esta impressão, tenho que me desculpar.

R: Não sei por que o senhor pensa que eu abuso do álcool ou tomo estimulantes. Não sei onde está querendo chegar.

56. P: Talvez a senhora possa me dizer por que essas perguntas a incomodam.

R: O senhor acha que eu fiquei paranóica de tanto beber ou tomar estimulantes.

57. P: A senhora está certa, quando se toma estimulantes regularmente, pode-se ficar mais sensível à rejeição e desconfiado.

R: O senhor acha que eu sou desconfiada ou paranóica?

58. P: A senhora disse que os empregadores estão contra a senhora antes mesmo de conhecê-la, pois sabem de tudo por meio dos computadores. Às vezes os estimulantes podem fazer a pessoa se sentir assim.

R: Eu não estou tomando estimulante algum. O que eu sinto é real.

59. P: Eu acredito na senhora. Acredito que o que a senhora sofreu parece muito real. Acredito que a senhora não tome drogas. Também acredito que tenha sofrido muito, e quero ajudá-la!

R: Então pare de me acusar!

Comunicação: A comunicação se deteriora quando o entrevistador explora o uso de álcool e substâncias. As transições suaves não impedem a paciente de suspeitar que o entrevistador interpreta seus problemas como resultado do abuso de álcool ou outra substância, e a fazem concluir que ele não acredita nas suas explicações delirantes. Isso desperta nela raiva e suspeição de que a confiança do entrevistador em sua comunicação não seja verdadeira. Quando se negligencia o estágio de *insight* do paciente e se expressa direta ou indiretamente qualquer dúvida na sua percepção, a desconfiança do paciente com transtorno delirante pode surgir a qualquer momento. Se você cometer o mesmo erro do entrevistador, salve a situação garantindo ao paciente, como no exemplo, que você acredita nele, que está do seu lado e que quer ajudá-lo.

Vamos dar uma mãozinha ao entrevistador. Um profissional mais intuitivo poderia ter usado o sistema delirante da paciente para explorar o abuso de álcool ou substâncias. Vamos iniciar pela Pergunta 48:

48. P: Todos esses empregadores parecem ter consultado o computador. Alguma coisa foi colocada nele para lhe prejudicar?

R: Deve ter sido. Senão, por que eles não me dariam o emprego?

49. P: A senhora tem alguma idéia do que poderia ser?

R: Não. Mas talvez alguma coisa sobre eu saber a respeito dos computadores... que eles não me enganem... que eu posso ser perigosa para eles.

50. P: Poderia haver alguma outra coisa? Algo que a desnegrise? Algo como mexer com drogas ou cocaína, ou usá-las, ou talvez beber álcool em segredo?

R: Não poderia ser. Isso seria mentira. Eu mal tomo aspirina e não suporto álcool.

51. P: Existe alguma possibilidade de que eles tenham visto a senhora tomando um copo de vinho ou comprando pílulas para dieta?

R: Impossível. De jeito nenhum. Ninguém acreditaria numa coisa dessas. Eu não toco em nada.

Aqui existe dilema ético. Aceitar o delírio como a realidade do paciente é uma coisa. Usá-lo para fins diagnósticos é outra. Se isso beneficia o paciente sem nenhuma chance de prejudicá-lo, pode-se usar o pensamento delirante para obter informações clinicamente úteis. De outra forma, pode ser preciso discutir o problema com um especialista em ética médica.

Estado mental: As perguntas 47 a 59 mostram como a suspeita do paciente pode ser despertada com facilidade, e com que rapidez ela pode voltar-se contra o terapeuta. Um paciente aparentemente desinteressado em quase todos os assuntos e com afeto embotado ao longo de toda a entrevista muitas vezes demonstra um forte afeto quando seu delírio é questionado: o delírio é carregado de afeto.

Diagnóstico diferencial (DSM-IV-TR)

1. **Esquizofrenia, tipo paranóide 295.30 versus transtorno delirante 297.1.** A idade de início do transtorno (cerca de 34 anos) da paciente é compatível tanto com a esquizofrenia, tipo paranóide, quanto com o transtorno delirante. O início do transtorno esquizofrênico geralmente acontece na adolescência ou início da idade adulta, antes dos 25 anos para os homens e após os 25 para as mulheres. Na esquizofrenia, tipo paranóide, porém, o início tende a ocorrer mais tarde (no meio ou no final da vida adulta), assim como no transtorno delirante. O pensamento claro e ordenado fica mais bem preservado no transtorno delirante do que na esquizofrenia paranóide. Os delírios da paciente carecem do colorido bizarro comum em outros subtipos de esquizofrenia, são isolados e sistematizados, em vez de fragmentados, múltiplos e invasivos em todos os tipos de comportamento, conforme se observa em outros subtipos. Tampouco existem evidências de alucinações proeminentes, incoerência, fraqueza de associações ou sintomas negativos. Portanto, o diagnóstico de esquizofrenia, tipo paranóide, é rejeitado em favor do transtorno delirante.

2. **Transtorno depressivo maior, grave, com características psicóticas 296.34 versus transtorno delirante 297.1.** Os delírios de perseguição são comuns em ambos os transtornos. Os delírios dos pacientes deprimidos

geralmente contêm um elemento de culpa. Fracassos ou pecados anteriores são identificados como a razão da perseguição. Essa paciente aponta o seu conhecimento sobre computadores como a razão da perseguição, que tem um tom mais grandioso do que deprimido. As depressões raramente persistem por mais de dois anos. A diferença decisiva entre os dois transtornos, no entanto, é a presença de sintomas afetivos no transtorno depressivo maior, mas não no transtorno delirante. A paciente nega sintomas afetivos. Portanto, o diagnóstico de transtorno depressivo maior com delírios não é corroborado.

3. Transtorno de personalidade paranóide 301.0 versus transtorno delirante 297.1. A desconfiança facilmente despertada é comum nos dois transtornos e ambos existem na ausência de um transtorno de humor. Sintomas psicóticos persistentes, no entanto, tais como delírios, não fazem parte do transtorno de personalidade paranóide. Assim, este diagnóstico é rejeitado.

4. Transtorno psicótico devido a uma condição médica geral, com delírios 293.81 versus transtorno delirante 297.1. Fazer o diagnóstico de transtorno psicótico devido a uma condição médica geral requer a demonstração da condição específica entendida como responsável pelo desenvolvimento do delírio. Uma posterior sondagem da história da paciente em busca de fenômenos convulsivos e sinais ou sintomas neurológicos focais, testes de laboratório e uma tomografia computadorizada não ofereceram evidências de uma condição médica que pudesse explicar seus delírios. Portanto, por exclusão, o diagnóstico escolhido foi de transtorno delirante.

Diagnóstico final (DSM-IV-TR)

Transtorno delirante, tipo persecutório 297.1.

Epílogo: A paciente começou a tomar um neuroléptico. Após seis semanas de tratamento, ainda estava convencida de que os computadores controlavam sua vida, mas era capaz de ocultar este delírio das outras pessoas. Ela falava sobre ele apenas com seu psiquiatra e a assistente social. Conseguiu um emprego como secretária executiva e funcionava adequadamente sob tratamento contínuo com medicação neuroléptica.

5. EVITAÇÃO NA FOBIA

As dificuldades em entrevistar pacientes com agorafobia e fobia social surgem tanto do constrangimento do paciente de que seu medo seja tolo quanto da evitação de discuti-lo.

Você pode superar esse comportamento de evitação por meio de duas táticas: 1) superando-o aos poucos, fazendo perguntas curtas e específicas, frequentemente fechadas, especialmente quando percebe que as perguntas abertas facilitam uma atitude evasiva, ou 2) tentando fazer com que o paciente se sinta mais confortável, por meio de declarações encorajadoras e de aprovação, tentando reduzir com isso tanto sua ansiedade quanto sua atitude de evitação.

Eis aqui um exemplo no qual foram usadas perguntas fechadas curtas.

Brenda P., uma mulher de 23 anos, branca, foi encaminhada por um psiquiatra que havia deixado de atender pacientes em grupo no ambulatório. Seu prontuário era vago; havia a menção de sentimentos paranóides, mas o diagnóstico fora protelado. Ela tinha sido tratada com 50 mg de tioridazina (Meleril), três vezes ao dia, sem qualquer alteração em suas queixas.

1. P: Você esteve com o dr. V. por bastante tempo. Ele lhe receitou Meleril, mas isso parece que não ajudou muito?
R: É. Talvez eu tenha ficado um pouco mais tranqüila, mas acho que não fez muita diferença.
2. P: Por favor, me diga, em primeiro lugar, por que você procurou um psiquiatra?
R: Não sei. É por causa das outras pessoas (a paciente olha para baixo).
3. P: Das outras pessoas?
R: É. (longo silêncio)
4. P: O que é que têm as outras pessoas?
R: Não sei. Talvez seja o meu padrasto. (evita novamente o contato visual)
5. P: Seu padrasto?
R: Sim, não consigo falar quando ele está lá.
6. P: Por que é que você não consegue falar?
R: Fico toda reprimida. Não conseguem arrancar uma palavra de mim. (desvia o olhar)
7. P: Você não consegue falar com ele?
R: Acho que ele vai me ferir.
8. P: Ele já fez alguma coisa ruim para você?
R: Não, ele sempre foi legal comigo. Não tenho nenhuma razão... Provavelmente ele pensa que sou esquisita.
9. P: Há quanto tempo ele é seu padrasto?
R: Há uns dois ou três anos.
10. P: E com outras pessoas, antes disto, você também teve dificuldades?
R: Sim.
11. P: O que você acha que elas possam fazer?
R: Eles vão me pegar.
12. P: Pegá-la?
R: Sim.

13. P: Em que sentido?
R: Ferir-me, simplesmente.
14. P: Como é que isso faz você se sentir?
R: Não sei. Realmente não quero falar sobre isso. Só tento me manter afastada. (olha novamente para baixo)
15. P: Eles estão realmente a fim de pegar você?
R: Não sei. Acho que sou uma idiota. Mas não consigo evitar. (olha para o lado)
16. P: Eles já tentaram conspirar contra você?
R: Ah!, não, eles não conspiram contra mim. Eu não sou paranóica. Só tenho este...
17. P: Este...?
R: Medo. É bobagem, mas realmente não quero pensar sobre isso.

Comunicação: Em termos superficiais, a comunicação parece ser adequada. Brenda não é nem hostil nem temerosa, mas é vaga, o que pode sugerir que esteja escondendo algo.

Técnica: O entrevistador utiliza perguntas curtas, diretas, às quais ela responde de um modo igualmente breve, mas vago. Então, ele passa a ecoar as declarações da paciente nas Perguntas 3, 5, 6, 7 e 12, para forçá-la a se abrir, mas sem qualquer resultado. Ele sonda, por meio de perguntas fechadas dirigidas a sintomas (Perguntas 15 e 16), se os sentimentos de perseguição da paciente podem ser os responsáveis por isso. As respostas dela revelam que um medo inexplicado, mas não sentimentos de perseguição, levam ao comportamento de evitação. Examinando a entrevista, é óbvio que o entrevistador perdeu uma oportunidade anterior, logo após a Resposta 8, para avaliar um medo bobo, sem fundamento, que sugere um transtorno fóbico. Em vez da Pergunta 9, ele poderia ter perguntado:

"Seu padrasto é legal e, ainda assim, você tem medo dele e acha que isso é estranho?"

A resposta poderia muito bem ter excluído um medo persecutório delirante em favor de um medo fóbico.

Após a Resposta 14, o entrevistador poderia ter confrontado a paciente com sua propensão a ser breve e vaga, ou a ter provocado com a interpretação de que estava escondendo alguma coisa. Uma intervenção assim poderia ter acelerado a entrevista, levando diretamente à discussão da evitação fóbica, mas também traria o risco de ativar as defesas da paciente.

Estado mental: Brenda está alerta, dando respostas bem direcionadas quanto aos seus objetivos, mas curtas e vagas, sem um tempo de latência de resposta. Não existem sinais de um transtorno formal do pensamento. As

razões para sua vagueza não são nem sentimentos de perseguição nem uma incapacidade para se expressar, mas, antes, a tendência a evitar sua ansiedade fóbica tola. Suas declarações mostram que tem pleno *insight* da natureza mórbida dessa ansiedade.

Diagnóstico: Brenda refere um medo "tolo", "infundado" (Perguntas 8 e 15), que evita discutir. Seu pleno *insight* é típico dos transtornos de ansiedade.

A lista nº 1 das doenças incluídas é:

- fobia social (transtorno de ansiedade social)
- transtorno de pânico com agorafobia
- agorafobia sem história de transtorno de pânico
- transtorno de pânico sem agorafobia
- transtorno de personalidade evitativa.

A lista nº 2 de doenças excluídas é:

- esquizofrenia tipo paranóide
- transtorno delirante
- transtorno de personalidade paranóide

O desafio agora é descobrir se existe um estímulo fóbico.

18. P: Quero entender o que faz você sofrer.
R: (desvia o olhar) Fico bem quando estou sozinha.
19. P: Você quer dizer que só acontece quando está com outras pessoas?
R: Sim.
20. P: Existem algumas pessoas em especial de quem você tem medo?
R: (dá uma olhada para o entrevistador) Acho que não. É só todo o tempo. (olha para baixo)
21. P: E quanto a mim?
R: (enrubece) Tenho medo de que você ria de mim e pense que eu esteja sendo uma boba.
22. P: Comigo?
R: (encara o entrevistador olhos nos olhos) Sim.
23. P: É disso que você tem medo?
R: (mantém o contato visual) Sim.
24. P: E com as outras pessoas também?
R: Só fico assustada. Não ousa dizer coisa alguma. (segue encarando o entrevistador)
25. P: E faz alguma diferença quem esteja falando com você?
P: Não.

Comunicação: O entrevistador expressa empatia por seu sofrimento (Pergunta 18), mas ela a rejeita e salienta que não sofre quando está só (Resposta 18). Após haver investigado até que ponto o próprio entrevistador funciona como um estímulo fóbico para a paciente, a comunicação melhora. Ela passa a responder de forma mais específica e a manter contato visual.

Técnica: O entrevistador investiga os objetos fóbicos por meio de perguntas fechadas (Perguntas 19 e 21). Ela revela seu medo: ser ridicularizada pelas outras pessoas.

Estado mental: A paciente havia, anteriormente, escondido a manifestação explícita de sua ansiedade e evitava o contato visual. Depois de ser confrontada com o desconforto em relação ao entrevistador (Perguntas 21 e 23), ela expressa sua ansiedade social.

26. P: Ou quantas pessoas?
R: Fica pior quando tem mais gente por perto. Eu me sinto perdida e atordoada. Meu coração dispara. Fico toda suada.
27. P: Como é que você faz no trabalho?
R: Ah!, tento me sentar sozinha.
28. P: E quando vai para a lanchonete?
R: Não vou. Trago comida de casa e como na minha escrivaninha.
29. P: Você quer dizer que não pode sair para comer?
R: Não. Nos últimos anos não tenho saído.
30. P: Você às vezes vai ao cinema?
R: Não. Só raramente eu vou. Quando vou, chego tarde e me esgueiro para dentro quando já está escuro.

Técnica: O entrevistador apresenta uma lista de sintomas fóbicos que Brenda reconhece como relevantes para ela.

Diagnóstico: A Resposta 26 mostra que ela pode apresentar ataques de pânico. Já que também evita lugares cheios, ela também pode preencher os critérios para o diagnóstico de transtorno de pânico com agorafobia.

31. P: Quando tudo isso começou?
R: Ah, começou quando eu estava na escola. Não consegui concluir o ensino médio. Depois das férias do verão, estava com medo de ir para a escola. Não podia suportar aquilo. Então nunca cheguei a concluir o meu ano de graduação.
32. P: Por que você não contou isso para ninguém?
R: Estava com medo. Acho que era tão bobo que as pessoas acabariam rindo de mim e pensando que eu era louca.

Diagnóstico: A Resposta 31 revela que a paciente sofreu de um transtorno de ansiedade de separação de início excepcionalmente tardio, embora uma forma leve possa ter estado presente anteriormente. O entrevistador não persiste no esclarecimento deste ponto.

33. P: Isso já chegou a afetar o seu humor? Você já ficou deprimida?
R: Eu me sinto desanimada a maior parte do tempo.
34. P: Isso afeta o seu sono?
R: Basicamente não tenho problemas com o meu sono.
35. P: E afeta o seu apetite?
R: Não, o meu apetite é bom.

Diagnóstico: O entrevistador exclui a presença de um transtorno do humor.

36. P: Quando fica assustada, você chega a ficar realmente em pânico, a ponto de não conseguir respirar?
R: Uma vez foi assim. Fiquei muito abalada. Não conseguia respirar e fiquei toda suada.
37. P: Você sentia o seu coração?
R: Estava batendo forte na minha garganta, e meu peito doía. Pensei que ia morrer. Isso me aconteceu de repente, num domingo de manhã, assim, completamente de repente.
38. P: E com que frequência ocorre de você sentir isso?
R: Só tive isso uma vez. Mas me sinto assustada com muita frequência.

A partir de então, o entrevistador volta a um padrão normal de entrevista.

Comunicação: Permanece adequada.

Diagnóstico: O entrevistador tenta avaliar a presença e a frequência de ataques de pânico. Existe a presença claramente comprovada de apenas um ataque de pânico (Resposta 38), embora as declarações feitas na Resposta 26 possam sugerir que formas mais leves ocorram com mais frequência.

Diagnóstico

Diagnóstico pelo DSM-IV-TR:

1. Fobia social (Transtorno de ansiedade social) 300.23. Brenda expressa medo de outras pessoas e tenta evitá-las (critério A de fobia social). Reconhece também que este medo é excessivo e desproporcional, mas ainda assim não consegue superá-lo (critério C de fobia social). A sessão de entrevista apresentada não permite ao entrevistador eliminar o diagnóstico de transtorno de personalidade esquiva (301.82). Se a paciente evita o desempenho e a exposição social em público porque sente desaprovção e embaraço, não tem amigos íntimos ou tem apenas um, além de parentes em primeiro grau, e exagera as dificuldades de qualquer atividade comum, ela também preencheria os critérios para este diagnóstico

adicional de transtorno de personalidade. Este aspecto não recebe uma investigação adicional.

2. Agorafobia sem história de transtorno de pânico (300.22). A paciente evita restaurantes e cinemas (critério A) e é isolada em sua vida (critério B). Não há evidências de que evite lugares públicos por medo de ter um ataque de pânico. A paciente relata um ataque de pânico espontâneo. O DSM-IV-TR exige, para o diagnóstico de transtorno de pânico com agorafobia, a presença de ataques recorrentes, inesperados, acompanhados do medo de vir a ter um outro ataque, persistindo por pelo menos um mês. O entrevistador deixa de avaliar se ela teve esse medo persistente depois do primeiro ataque. Por isso, ele não pode estabelecer o diagnóstico de transtorno de pânico com agorafobia.

Não há evidências de depressão maior, transtorno de personalidade paranóide ou esquizofrenia. O transtorno obsessivo-compulsivo não foi avaliado nessa parte da entrevista.

Acompanhamento: Com os diagnósticos de fobia social e agorafobia sem história de transtorno de pânico, a paciente passou a receber paroxetina (Paxil), um ISRS. Após seis semanas, passou a se sentir muito melhor. Ficava bem menos assustada ao falar com as pessoas individualmente, embora ainda evitasse os grupos. Era plenamente capaz de identificar seus sentimentos como medos sem fundamento na realidade, em vez de percebê-los como idéias de perseguição. O entrevistador desenvolveu um plano para descondicionar sua agorafobia. Ela concordou em visitar regularmente *shopping centers*, cinemas e restaurantes cheios, permanecendo nesses locais por mais de uma hora de cada vez.

6. DESCRENÇA E CONSTRANGIMENTO NO TRANSTORNO DE PÂNICO

Clinicamente, o transtorno de pânico apresenta alguns sintomas em comum com o transtorno de ansiedade generalizada: a tensão motora, a hiperatividade autonômica, a expectativa apreensiva e a hipervigilância. Segundo o DSM-IV-TR, a co-morbidade entre esses transtornos varia de 15 a 30%. Se esses sintomas de ansiedade afetam o funcionamento diário, os pacientes aceitam o diagnóstico e o tratamento (muito embora possam afirmar que não são realmente pacientes psiquiátricos).

Em contraste, os pacientes que sofrem de ataques de pânico sem ansiedade generalizada entre os ataques costumam acreditar que sofreram um ataque cardíaco e estão, assim, convencidos da origem física de sua doença.

Esses têm um completo *insight* da natureza mórbida dos seus ataques, mas têm dificuldade para aceitá-los como um transtorno psiquiátrico. Essa convicção pode se tornar um obstáculo para a comunicação e, portanto, para a avaliação diagnóstica.

Ajuste sua entrevista às convicções do paciente:

1. Diga a ele que os ataques são de natureza metabólica, com um componente genético. Assegure-o de que eles não estão apenas em sua mente, nem são a expressão de um caráter fraco.
2. Combine declarações de sentido educativo com a investigação dos sintomas. Para ganhar a batalha por sua confiança, mostre a ele que você é um especialista na sua doença.
3. Interponha declarações de apoio para relaxá-lo.
4. Diga-lhe que seu problema é passível de tratamento por meio de medicamentos.

"Fico contente de que você tenha vindo consultar comigo. É bom que nós finalmente saibamos o que está acontecendo. Acredito que possamos ajudá-lo com seu problema."

Cristiano é um rapaz de 23 anos, musculoso, pesando 111 quilos, 1,98 m, que declarou que só concordaria em consultar com o diretor da clínica.

1. P: Oi, meu nome é dr. O., eu entendi que você pediu para consultar comigo.
R: Sim.
2. P: Meu secretário me disse que você não quis consultar com ninguém, exceto com o chefe da clínica.
R: Certo.
3. P: Existe alguma razão especial para que você queira consultar apenas e exclusivamente comigo?
R: Sim.
4. P: (olha para o paciente com calma e atenção)
R: Bem, eu pensei que você deveria saber mais.
5. P: Hmm.
R: Eu queria estar certo de obter a melhor avaliação.
6. P: Hmm.
R: Eu imaginei que você deveria saber mais, porque, caso contrário, não seria o chefe da clínica.
7. P: Deve ser uma grande preocupação para você conseguir a melhor avaliação.
R: Isso é verdade.

Comunicação: Sempre que um paciente faz pedidos especiais, nunca deixe de investigá-los: eles fornecem indícios importantes. O pedido de Cristiano revela tanto uma preocupação quanto a um diagnóstico equivocado quanto uma dificuldade em aceitar seu transtorno como sendo psiquiátrico.

Técnica: A pista "eu quero consultar com o chefe da clínica" se segue de esclarecimento e interpretação (Pergunta 7).

Estado mental: As respostas para as Perguntas 4 a 7 revelam preocupação e possivelmente um certo grau de desconfiança.

Diagnóstico: A preocupação e a desconfiança são compatíveis com:

- todos os transtornos de ansiedade
- os transtornos do humor
- transtorno da adaptação com ansiedade a respeito de uma doença física
- transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
- transtorno de personalidade dependente.

8. P: Diga-me, o que o fez vir aqui em primeiro lugar.

R: Eu não queria vir. Foi meu médico quem me encaminharam.

9. P: Não soa como se você realmente concordasse com ele.

R: Não, e não concordo mesmo.

10. P: Posso perguntar quem é seu médico?

R: Dr. H.

11. P: O cardiologista?

R: Sim.

12. P: Ele lhe explicou por que queria que você consultasse comigo?

R: Não, de fato, não... pode ser que tenha explicado.

13. P: Você não lembra bem?

R: Não. Não é isso. Mas eu estava tão chateado. Não estava realmente conseguindo escutar enquanto ele falava comigo.

14. P: Certo, talvez nós possamos começar pelo princípio.

R: Eu estava tão chateado e irritado. Eu me sentia um maluco. Não podia escutar. Não me lembro de nada, de uma palavra sequer. Mas ele disse algo assim como você estar mais familiarizado com o meu problema do que ele. E que, se eu quisesse me livrar dele, que seria melhor consultar com você. Então, por que não? E eu tenho que me recuperar disto, pois quero entrar no time e não posso simplesmente entrar em colapso.

15. P: O que foi que o deixou tão chateado? Você diz que se sentia como um maluco?

R: É, achei que o dr. H. pensava que eu era um maluco, que imaginava coisas e que é tudo coisa da minha cabeça. Mas não sou um sujeito assim. Posso derrubar sozinho toda a linha de ataque e deixá-los vendo estrelas. Não preciso ficar imaginando coisas.

16. P: O que o dr. H. disse deve ter realmente ferido o seu orgulho.

R: Absolutamente certo. Eu levei muitos golpes na cabeça, e então ter sofrido um colapso — todas essas piadas que eles fazem sobre ser um bobalhão...

Comunicação: Cristiano tem um problema com *insight*. Não fica claro se ele nega estar doente, mas está evidente que rejeita ter uma doença psiquiátrica e, portanto, não encontra nenhuma razão para consultar um psiquiatra. Apresenta o preconceito comum de que "os pacientes psiquiátricos são malucos, imaginam coisas". Posteriormente, esse preconceito deverá ser corrigido para que ele possa conquistar confiança, cooperação e aderência ao tratamento. No entanto, atualmente o entrevistador ainda sabe muito pouco sobre a situação do paciente para poder fazer um esforço educativo desta ordem. Já que o paciente está bastante motivado para esperar pelo diagnóstico, fornece informação suficiente sem a necessidade de ser instado a aceitar sua condição de paciente psiquiátrico.

Estado mental: O paciente está tenso, fala muito e mostra sinais de uma leve fuga de idéias nas Perguntas 15 e 16.

Técnica e diagnóstico: Por duas vezes, o entrevistador tenta tomar uma história (Pergunta 8 e 14) e não consegue, pois o paciente mostra resistência em consultar com um psiquiatra — ele está chateado demais. O entrevistador lhe permite, então, ventilar seus sentimentos sobre ter que consultar um psiquiatra em lugar de o pressionar para prestar informações sobre sua história. Ele usa as técnicas de esclarecimento e interpretação (Perguntas 15 e 16), que liberam a tensão do paciente.

17. P: Permita-me novamente sugerir que comecemos pelo princípio. O que o levou a consultar com o dr. H.?

R: Certo, vamos começar por lá. Aconteceu em um treino de primavera. Foi nossa primeira reunião e, de repente, eu senti aquela dor no peito. Eu me senti sufocado e suado. Tremia todo e meu coração batia feito um louco. Eu pensei: é isso, estou tendo um ataque cardíaco. Senti que ia morrer. Foi simplesmente horrível.

18. P: Você quer dizer que isso aconteceu no meio de um exercício?

R: Não. Isso foi a coisa mais constrangedora, e é tão assustador. Nós nem tínhamos começado ainda. E eu simplesmente saí do ar.

19. P: O que aconteceu então?

R: Na concentração, eles me deram oxigênio e então me levaram às pressas para o hospital. Lá começaram a retirar amostras de sangue e fizeram um eletrocardiograma (ECG). O ECG não mostrou nada, mas acharam que seria mais seguro me colocar em uma unidade de cuidados cardíacos intensivos, pois, às vezes, essas alterações podem aparecer mais tarde. Depois, me disseram que meu sangue estava normal e que eu não tivera um ataque cardíaco.

Comunicação: O paciente tem *comunicação* suficiente para fornecer uma história dos acontecimentos.

Estado mental: A descrição dada pelo paciente é colorida e dramática, com uma recordação adequada de detalhes, indicando memória recente intacta.

Diagnóstico: O paciente descreve um ataque de pânico. Os ataques de pânico podem acontecer durante:

- abstinência de álcool
- intoxicação por anfetamina ou cafeína
- transtorno depressivo maior
- esquizofrenia
- transtorno de somatização
- transtorno de pânico

Além do alcoolismo e da depressão, certas condições médicas gerais devem ser consideradas em se tratando de um ataque de pânico:

Cardiológicas:

- taquicardia atrial paroxismica
- angina pectoris
- prolapso da válvula mitral

Endocrinológicas:

- hipertireoidismo
- feocromocitoma
- doença da paratireóide
- hipoglicemia

Outras condições médicas

- disfunção vestibular
- transtornos convulsivos

Condições médicas associadas

- asma
- doença pulmonar obstrutiva crônica
- síndrome do cólon irritável

20. P: E então, o dr. H. lhe recomendou para que consultasse um psiquiatra?

R: Não, na verdade não. Ele simplesmente disse que gostaria de ter uma consultoria psiquiátrica.

21. P: Tudo bem?

R: Eu lhe disse que, se ele fizesse isso, eu abandonaria o tratamento imediatamente.

22. P: Então isso realmente feriu o seu orgulho?

R: Só por não encontrarem nada, não significa que eu esteja maluco e que seja tudo coisa da minha cabeça e que eu esteja imaginando coisas!

23. P: Concordo com você. Mas o dr. H. realmente disse que você tinha imaginado tudo?

R: Não, mas pensou assim. Por qual outro motivo ele haveria de querer que eu consultasse um psiquiatra?

24. P: Então você pensa que consultar um psiquiatra quer dizer que a pessoa imagina coisas?

R: E não é assim?

25. P: Bem, na verdade não. Então você se recusou a permitir que um consultor psiquiátrico o avaliasse e, mais tarde, também se recusou a procurar um psiquiatra fora do hospital.

R: Exatamente!

Comunicação: Com a Pergunta 20, o entrevistador continua a tomar a história, mas introduz novamente o tema da doença psiquiátrica. A Pergunta 22 dá uma interpretação e as Perguntas 23 e 25 asseguram a Cristiano que os transtornos psiquiátricos não são imaginados. Tais declarações enfatizam que ele tem uma doença "respeitável". Permite ao entrevistador isolar do paciente sua parte doente e construir com ele uma aliança. Prepara-o para aceitar um diagnóstico psiquiátrico e para aderir a um tratamento, no caso de ele vir a aceitar o entrevistador como autoridade e especialista.

26. P: O que foi que fez você mudar de idéia? Agora, você está consultando comigo.

R: Bem... eu tive um novo ataque. Aconteceu assim, simplesmente do nada, há uns cinco dias. Eu estava simplesmente lá, sentado, assistindo TV, e aconteceu.

27. P: Foi então que você decidiu telefonar e vir consultar?

R: Bem, minha mãe de certa forma me empurrou para fazer isso. Mas eu pensei: se o XX (time de futebol profissional) descobrisse que eu era um doido, isso seria o fim de minha carreira.

28. P: Fico contente que você tenha vindo.

R: (olha fixamente para suas mãos)

29. P: (esperando) Tem alguma coisa que faça com que se sinta incômodo?

R: Bem, acho que deveria lhe dizer que realmente não liguei para cá imediatamente. Estava só pensando nisso.

30. P: Mas agora você está aqui.

R: A pior coisa é... Era segunda-feira à noite; não, era terça-feira de manhã. Acordei cedo...

31. P: Sim?

R: E tive um outro ataque. Então pensei que não posso viver assim. Não importa o que eles pensem no XX, se quiserem me botar pra fora, ok. Mas não posso suportar isso. Não posso andar por aí tendo esses ataques e me sentindo como se fosse morrer. Eu simplesmente não posso. Foi naquela manhã que chamei a sua clínica.

32. P: Por que você não foi a outro cardiologista?

R: Bem, dizem que o dr. H. é o melhor na cidade. E isso já tinha me acontecido antes. Foi quando ainda estava no início da faculdade. Já naquela época, não conseguiram encontrar nada. Então pensei que não custaria tentar.

33. P: Estou contente de que você esteja aqui. Então, quando você teve esses três ataques, ficou realmente assustado?

R: Sim, eu realmente pensei que ia morrer.

34. P: E como é que está agora?

R: Bem, ainda penso que pode ter sido um ataque cardíaco. Talvez eles simplesmente não tenham visto isso direito.

Comunicação: As Respostas 27 e 31 mostram o constrangimento de Cristiano e como somente a frequência dos ataques o levou a finalmente consultar um psiquiatra, sem desistir, entretanto, de sua resistência interna a dar este passo (Resposta 34). O paciente recebe apoio (Perguntas 28 e 33) para que se sinta encorajado a cooperar mais.

Diagnóstico: A Resposta 32 revela que Cristiano pode ter tido uma história de ataques de pânico muito mais longa do que aquela relatada originalmente.

35. P: Conte-me mais sobre o ataque no treinamento.

R: Eu tinha acabado de ser convocado como estreado. Eu me esforcei muito para entrar no time, em posição de defesa. E foi aí que aconteceu, quando de repente meu coração começou a disparar, eu me senti sufocado, não conseguia respirar, senti uma dor horrível no peito. Tudo parecia nublado, eu suava e tremia o corpo inteiro. Todos devem ter pensado que eu tive um ataque cardíaco de verdade e agora não é nada. O que é que vão dizer quando descobrirem que estou consultando um psiquiatra? (esconde o rosto entre as mãos)

36. P: E foi por isso que você resolveu consultar a algumas centenas de quilômetros de distância de Kansas?

R: Não, meus pais moram aqui. Quando saí do hospital, os meus treinadores queriam que eu tirasse umas férias.

37. P: E isso foi há quanto tempo?

R: Há aproximadamente duas semanas.

Diagnóstico: A Resposta 35 descreve os principais sintomas de um ataque de pânico. Os últimos três ataques ocorreram nas últimas duas semanas (Resposta 37).

38. P: Antes de você ter aquele ataque, tinha alguma coisa acontecendo? Os últimos três ataques ocorreram nas duas últimas semanas, havia alguma coisa acontecendo?

R: Que tipo de coisa?

39. P: Você tem algum outro tipo de problema?

R: Não sei o que você quer dizer.

40. P: Bem, me deixe lhe fazer algumas perguntas. Seu apetite mudou?

R: Não, sempre pude comer como um cavalo. Só quando estou cansado e exausto, então eu só quero beber.

41. P: Beber?

R: Não, não quero dizer bebidas alcoólicas. Apenas água ou refrigerantes. Não gosto muito de álcool.

42. P: E o seu sono como andava?

R: Bastante bom. Nunca tive nenhum problema. Mas na noite que antecedeu o treino, eu talvez tenha me revirado e me agitado na cama. Estava preocupado se conseguiria entrar no time.

43. P: Você se sentia de alguma forma desanimado ou deprimido?

R: Não, eu estava realmente excitado, porque o XX é um time de futebol muito bom e, se eu conseguisse ser convocado, isso significaria muito para mim.

44. P: Você tomou algum tipo de droga?

R: Não. Havia alguns sujeitos que tomavam "speed" — você sabe o que se diz sobre jogadores de futebol. Mas eu tento me manter fora disso. Experimentei um pouco de maconha nos primeiros anos da faculdade, mas até isso eu larguei.

45. P: E você não bebe bebida alcoólica de espécie alguma?

R: Não, quase nada... Posso tomar umas cervejas com os amigos, mas nada de mais forte.

Técnica: As perguntas abertas (38 e 39) não revelam um acontecimento precipitante. Elas não funcionam muito bem

*N. de T.: Droga ilegal, estimulante, do grupo das anfetaminas, usada por desportistas e não-desportistas nos Estados Unidos.

para esse paciente. As perguntas fechadas produzem respostas consistentes e não meramente do tipo sim ou não.

Diagnóstico: Esta sessão trabalha sobre a lista nº 2 das doenças excluídas como causa dos ataques de pânico:

- transtorno depressivo maior
- abuso de álcool
- uso de substâncias

46. P: Existe alguém em sua família que já teve problemas a ponto de consultar um psiquiatra?

R: Não.

47. P: Existe alguém em sua família que possa ter tido um ataque cardíaco?

R: Bem, não sei. Acho que meu pai falou de alguma coisa parecida.

48. P: Você sabe de mais alguma coisa sobre isso?

R: Bem, vamos ver, quando meu pai era mais moço, ele tinha um problema com a bebida. Tenho a impressão de ele ter mencionado algo a respeito de se pensar que ele tenha tido um ataque cardíaco, mas não acharam nada.

49. P: Entendo.

R: Isso tem alguma coisa a ver comigo? Eu lhe disse que não tenho nenhum problema com a bebida.

50. P: Mas você tem aqueles ataques.

R: Bem, pensei que aqueles ataques tivessem a ver com o fato de o meu pai beber demais.

51. P: E sua mãe, ela tinha algum problema com a bebida ou ataques?

R: Não.

52. P: Alguma vez ela consultou com psiquiatras ou psicólogos?

R: M: Não, acho que não. Não que eu saiba.

53. P: Você tem irmãos ou irmãs?

R: Um irmão mais velho e duas irmãs mais moças, mas eles estão bem. Eu sou o único.

54. P: Entendo. Quero que você saiba que esses ataques costumam ocorrer em mais de um membro da família.

R: Você quer dizer que são genéticos?

55. P: Não sabemos com certeza. Mas é possível que você tenha nascido com essa condição. O exercício excessivo pode desencadear isso. Isso tem algo a ver com o acúmulo de ácido láctico no sangue, o que acontece frequentemente quando você faz um exercício muito intenso. Existem vários medicamentos que podem ajudá-lo. O que você teve é o que se chama de um ataque de pânico. Você os sente como reais porque são reais.

R: Você diz que os medicamentos podem ajudar? Isso quer dizer que eu vou ter que tomar medicamentos para o coração para o resto da minha vida?

56. P: Bem, não é exatamente medicamento para o coração que você precisa, mas uma droga que é um relaxante muscular e uma antiansiedade, ou outra, chamada antidepressivo, que pode ajudar você. E, de fato, existe também um medicamento que poderia ser chamado, esse sim, um medicamento para o coração. É chamado propranolol ou Inderal. Esse também pode ser útil para esse seu problema. Você diria que é uma pessoa ansiosa?

R: Bem... quando era mais jovem... minha mãe sempre disse que eu era agitado e teimoso. Sim, agora me lembro que ela costumava dizer: "Você está sempre tão apreensivo!" Apreensivo, acho que é uma palavra que descreve bem como eu era.

57. P: Acho que podemos ajudá-lo em ambos esses problemas, seus ataques e sua apreensão. Agora, vamos examinar cuidadosamente algumas das coisas que podem ter se passado quando você era criança e adolescente.

Comunicação: A Pergunta 56 instrui Cristiano a respeito da natureza de sua doença para torná-la mais aceitável para ele e encorajá-lo a aderir ao tratamento. Os tratamentos somáticos são enfatizados na Pergunta 57. O paciente agora está disposto a se descrever como "geralmente ansioso". Estabelece-se uma comunicação completa. Cristiano aceita o entrevistador como o especialista e a autoridade mais adequados para tratar de seu problema. O restante da entrevista segue o formato habitual.

Técnica: O entrevistador informa o paciente sobre o transtorno de pânico e combina o aspecto informativo com perguntas que confirmam o diagnóstico se forem respondidas de forma positiva. Essa estratégia reduz a apreensão do paciente e lhe permite descrever "sintomas constrangedores".

Diagnóstico: A história familiar revela a possibilidade de abuso de álcool e ataques de pânico do pai. A descrição de ansiedade generalizada é compatível com o diagnóstico de transtorno de pânico. Um trabalho minucioso para excluir alguns dos problemas médicos mencionados pode completar o processo diagnóstico.

Cristiano refere as características essenciais dos ataques de pânico: episódios isolados de dispnéia ("eu me sinto sufocado"), palpitações ("meu coração bate como um louco") e desconforto ("senti aquela dor no peito"), sensações de sufocação, sudorese e tremores. Ele descreve sete dos 13 sintomas que são característicos do transtorno de pânico, quando se exigem apenas quatro dentre os 13 presentes durante pelo menos um ataque para o diagnóstico. Outros sintomas não-mencionados: vertigem, sentimentos de irrealidade, parestesia, ondas

de calor ou de frio, náuseas, medo de morrer ou medo de enlouquecer. O DSM-IV-TR exige ataques de pânico recorrentes e inesperados, acompanhados de uma preocupação a respeito de ataques futuros inesperados, e um ou mais ataques seguidos por um período de pelo menos um mês de medo persistente de ter um outro ataque. Nosso jogador de futebol preenche esses critérios. A história de sua doença iniciou na adolescência e ele possivelmente tem uma história familiar positiva.

Ele não preenche os critérios para o diagnóstico de outras doenças mentais, como a depressão ou o transtorno de somatização, e não existe nenhuma associação com agorafobia. A única característica que o paciente admite e que costuma estar associada a essa doença é a apreensão.

Diagnóstico (DSM-IV-TR)

Transtorno de pânico sem agorafobia (300.01).

7. SENTIMENTOS DE PERSEGUIÇÃO NO RETARDO MENTAL

Entrevistar um paciente com retardo mental não é difícil: o paciente usa frases simples e palavras concretas. Se você suspeitar disso, alguns testes (ver Capítulo 5: Testagem) poderão ajudá-lo a confirmar a sua impressão. Porém, torna-se bem mais difícil diagnosticar um paciente mentalmente retardado ou com um leve atraso se ele tiver plena consciência de sua deficiência e tentar tanto superá-la quanto escondê-la. Ele se torna extremamente sensível quando sente alguém aludindo à sua deficiência e desenvolve sentimentos autoprotetores de desconfiança e hipersensibilidade.

Um indivíduo assim vive num estado de tensão crônica. As situações comuns do cotidiano testam seus limites. Ele parece constantemente se ver em uma situação de "adaptação" do "estúpido entre os espertos". Para parecer mais inteligente do que é, ele pode buscar instruir-se com fanatismo, reunir um amplo vocabulário e copiar comportamentos, preferências e temas de conversação das pessoas que considera inteligentes. Esconde sua incapacidade de pensar no nível abstrato repetindo frases feitas. E é capaz de enganar os incautos — psiquiatras suíços cunharam o termo *Verhättnisblödsinn*⁸ para tais pacientes (Bleuler, 1972).

⁸N. de T.: Em alemão, *Verhättnis* significa repressão, e *blödsinn* significa idiotice, imbecilidade.

Essa palavra indica que as metas do paciente estão fora de proporção em relação a suas capacidades (inteligência).

Normalmente um paciente assim procura um psiquiatra quando desenvolve sintomas do tipo disforia, ansiedade ou desconfiança. Às vezes é difícil discernir se ele tem um transtorno de ansiedade generalizada independente, um transtorno do humor, um transtorno delirante ou sintomas reativos ao fato de se sentir cronicamente sobrecarregado.

Quais são as características desse tipo de paciente? Ele é frequentemente descendente de pais de classe média ou classe média alta. Frequentemente seu desenvolvimento intelectual retardado resultou de um problema de parto ou outros fatores desconhecidos. Essas perturbações podem não ter afetado todas as funções intelectuais por igual; raramente prejudicam a ambição e a ansia pelo sucesso.

Em nosso ambulatório, os residentes em psiquiatria, os assistentes sociais e psicólogos têm deixado de diagnosticar esse problema. Eles frequentemente optaram por um diagnóstico de transtorno do humor, mas se surpreendiam de que os antidepressivos não funcionavam de maneira tão satisfatória. May é um desses pacientes. Ela foi convidada para uma reunião diagnóstica, da qual participaram cinco residentes. O médico-residente responsável pelo seu tratamento a descreveu como deprimida e resistente ao tratamento com antidepressivos, tais como ISRSs, bupropiona, tricíclicos e IMAOs.

May, uma mulher pequena, de 30 anos, com o aspecto de um menino, solteira, branca, com traços faciais marcantes, entra na sala de reuniões. Seu cabelo castanho e liso se distribui de maneira desigual; ela está vestida informalmente, com uma calça jeans azul e uma jaqueta bege, dando a impressão de ser uma estudante universitária. Lança um olhar para o entrevistador, o qual se levanta da mesa de reuniões, onde ele e os outros cinco residentes estão sentados, e caminha na sua direção. A paciente estende o braço e o cumprimenta com um aperto de mãos.

1. P: Meu nome é dr. O. Sou o diretor do ambulatório. Seu nome é May? Por favor, sente-se. Chegaram a lhe dizer do que é que se trata este encontro?

R: (senta-se rigidamente na cadeira, com ombros para trás, a cabeça numa postura arrogante, perfurando o entrevistador com o olhar) É, eu sei — você vai me fazer um monte de perguntas — e me dar alguns conselhos!

2. P: (movimenta sua cadeira para mais perto de forma a poder tocar no braço de May se sentir necessidade de tranquilizá-la) Bem, esta é a reunião semanal dos

residentes. A cada vez nós convidamos um de nossos pacientes da clínica para podermos ver o seu progresso. Hoje você é esse paciente. Isso a incomoda, falar na frente de um grupo?

R: (responde rapidamente, olhando somente para o entrevistador e não para o restante do grupo) Dr. O., espero ansiosamente por isto há duas semanas.

3. P: Você já conhecia algum destes médicos antes?

R: (olha em volta pela sala, examina todo mundo cuidadosamente, e aponta com o dedo) Estes dois. Eu costumava consultar com uma outra médica, mas acredito que ela não esteja mais aqui.

Comunicação: No princípio da entrevista, a linguagem corporal da paciente indica a existência de um conflito: ela dá um aperto de mão e busca o contato visual, mas expressa uma atitude reservada, e até mesmo hostil, em sua postura. Já que May evita o contato visual com o grupo, o entrevistador a convida a olhar para os membros do grupo, desse modo incluindo-os no processo de entrevista.

Técnica: O entrevistador inclui o grupo para reduzir um pouco a tensão de May e fazê-la falar espontaneamente.

Estado mental: A concretude e brevidade da primeira resposta de May podem assinalar uma dificuldade com o pensamento abstrato. A segunda resposta, rápida e curta, sem um contato visual com o grupo, sugere que a ansiedade seja o afeto mais provável. Ela lembra o nome do entrevistador, o que indica que tem uma boa memória de curto prazo, ou que ensaiou seu nome previamente à entrevista, para evitar quaisquer falhas também reconhece seus médicos residentes anteriores. Obviamente sua memória recente está intacta. Ela permanece tranquila enquanto enfrenta um grupo de pessoas, o que demonstra não apresentar nenhum problema extremo de evitação social.

Diagnóstico: May interage com o grupo sem o comportamento de evitação que se observaria em um paciente fóbico, a conduta defensiva dos pacientes com delírios de perseguição, ou uma interação humorística com membros individuais do grupo, tal como se veria em pacientes com mania.

A lista nº 1 de doenças incluídas é:

- transtorno de ansiedade generalizada.

A lista nº 2 de doenças excluídas é:

- transtorno bipolar, episódio atual maníaco
- esquizofrenia, tipo paranóide

- transtorno delirante
- fobia social (transtorno de ansiedade social)
- transtorno de personalidade paranóide
- transtorno de personalidade esquiava

Direcionando para o diagnóstico

4. P: Há quanto tempo você frequenta a clínica?

R: Há mais ou menos um ano.

5. P: Quando você veio aqui pela primeira vez, qual era o seu problema?

R: (endurece suas costas e parece disparar de sua cadeira) O que é que você quer dizer com "problema"? Você acha que eu tenho um problema?

6. P: (toca em seu braço e a olha no rosto por um segundo até a paciente relaxar) Talvez eu devesse ter dito "motivo" pelo qual você veio para a clínica pela primeira vez.

R: (parece estarecida, gira os olhos de forma sarcástica) Você é o médico, você é que deveria saber o que há de errado comigo. (pausa)

7. P: Você pode me dizer como eu posso ajudá-la?

R: (indignada) Eu não precisava de ajuda — minha professora de matemática — ela que diz que eu preciso de ajuda.

8. P: Sua professora de matemática?

R: (mais alegremente) É, um dia nós estávamos jogando tênis e ela veio para mim e disse: "May, você não conversa mais"; eu lhe disse: "Não?" E ela, "Você precisa consultar alguém". E então eu estou aqui.

9. P: Você concordou com isso? Você também observou uma mudança quando estava na faculdade?

R: Bem, é, comecei a tirar notas ruins.

10. P: Foi uma mudança em relação ao ensino médio?

R: Mudança? Claro que foi uma mudança! No ensino médio, eu só tirava A e B.

11. P: No ensino médio, você foi uma estudante laureada?

R: Não.

12. P: Que tipo de notas você tirava em português no ensino médio?

R: Português? Eu odiava essa matéria horrível — é óbvio que tirei um C no final do curso — e me esforcei tanto para isso!

13. P: E quanto à matemática?

R: (com uma hostilidade crescente) Em que ano?

14. P: No ano de graduação.

R: Bem, dediquei muito tempo, mas o professor me odiava até as entranhas, e foi por isso que só consegui um C. (olha para baixo na direção de seus joelhos com uma expressão de raiva no rosto)

15. P: E quanto aos estudos sociais?

R: (com uma olhada hostil para o entrevistador) Essa é a pior matéria, a maioria das histórias não faz o menor sentido. Li montes de livros. Odiava aquela matéria mais do que todas as outras. Consegui um D no final. (morde o lábio inferior e respira fundo)

Direcionando para a comunicação

16. P: Noto que você se chateia com as minhas perguntas.

R: Certíssimo! Por que você tem que pegar meus pontos fracos? Você não poderia ser agradável, só para variar?

17. P: Você está certa. Eu realmente deveria lhe perguntar de que matérias você gostava durante o ensino médio.

R: (suspira aliviada) Adorava basquete e canto coral.

Comunicação: May se sente atacada por palavras como seu "problema" (Pergunta 5). O entrevistador então substitui "problema" por "motivo" e toca em seu braço para tranquilizá-la, embora sem resultado. Ela muda de atitude imediatamente quando consegue contar sua história, o que mostra que sua irritação não se origina de delírios de perseguição (Pergunta 8). Retoma a atitude hostil quando se sente encurralada por perguntas sobre suas notas (Perguntas de 11 a 15). Por isso, o entrevistador troca da posição de tomar a história tendo em vista o diagnóstico, e volta para a preocupação primordial com a comunicação, confrontando-a com sua hostilidade emergente (Pergunta 16). É somente quando ele indaga sobre suas capacidades que a paciente começa a desabrochar.

Técnica: Perguntas fechadas, diretivas e uma sondagem deliberada das debilidades intelectuais de May provocam sua raiva e tensão. Em vista disso, o entrevistador muda para perguntas abertas, permitindo a ela escolher o tema da conversação (Pergunta 17).

Estado mental: May interpreta "problema" e "ajuda" concretamente, como acusações. A mudança rápida em sua atitude, de hostilidade para confiança, tão logo lhe foi dada a oportunidade de contar a sua história, revela que a sua suspeição hostil não era de natureza delirante, mas situacional e autoprotetora. Essas interpretações equivocadas de palavras revelam sua incapacidade para abstrair. Seu pensamento concreto se evidencia novamente quando ela não resume, mas repete integralmente o diálogo com sua professora de matemática — como uma criança o faria —, sem ir além do significado mais literal

das palavras (Resposta 8). May também aceita e segue sem questionar o conselho da sua professora de matemática. Tudo isso sugere uma baixa inteligência.

Diagnóstico: As interpretações equivocadas seguidas de hostilidade e a dificuldade de abstração apontam para um pensamento concreto com idéias de perseguição. Já que esses sinais aparecem em uma pessoa jovem, podem indicar um retardo mental limítrofe. Já que as idéias de perseguição ou idéias de insegurança podem datar desde seus dias do ensino médio, elas sugerem um transtorno de personalidade. O retraimento social (tal como foi observado por sua professora de matemática) indica uma reação de adaptação sobreposta com humor deprimido ou um transtorno depressivo maior.

A lista nº 1 de doenças incluídas é:

- demência sem outra especificação (SOE)
- retardo mental
- transtorno de ansiedade generalizada
- transtorno de personalidade SOE
- transtorno de adaptação com humor deprimido
- transtorno depressivo maior.

A lista nº 2 de doenças excluídas é a mesma citada anteriormente.

Redirecionando para o diagnóstico

18. P: Como você se relacionava com os outros estudantes durante o ensino médio?

R: Eu era a mais popular.

19. P: E quanto à questão das provocações?

R: (orgulhosa e enfaticamente) É, eu provocava todo mundo.

20. P: Você pode me contar um pouco sobre seus amigos?

R: Bem. (pausa) Não tenho muitos amigos. Talvez um ou dois.

21. P: Como foi que isso aconteceu?

R: Porque eu odeio as pessoas — elas são podres e te apunham pelas costas. Tudo de ruim acontece comigo.

22. P: Você poderia me contar sobre algumas dessas coisas ruins?

R: (contente) Você tem o dia inteiro? (ri) Bem, aqui vai uma delas. Na faculdade, eu era amiga do professor de inglês, e nós "estava" jogando tênis e ele disse que eu deveria fazer a sua cadeira, e foi o que eu fiz. De início, eu estava tirando A, e depois B, e de alguma maneira ele acabou me dando um D no final do curso. Eu não entendo — ele me deu

um D no último trabalho que escrevi, e então dei o trabalho para uma amiga para a aula dela — eu sei que isso não é certo, mas fiquei com pena dela — e bem, ela teve A no final do curso e o professor disse que foi o melhor trabalho que já tinha lido! Então, isso é uma sacanagem ou o quê?

Direcionando para a comunicação

23. P: Soa como se fosse. Você deve ter-se sentido realmente horrível. Ela tirou um A e uma menção de melhor trabalho, enquanto você consegue um D pela mesma coisa. Posso entender a sua raiva e a sua decepção.

R: É... Deixa eu lhe contar uma outra! Uma vez eu tinha uma amiga e contei a ela que estava gostando de um cara e, de repente, descobri que ela andava dormindo com ele!

24. P: Você lhe contou seu segredo e ela se aproveitou disso. Isso deve ter arrasado com você.

R: É, pode crer. Nunca mais vou falar com aquela cadela de novo. Com ela, eu estou até por aqui pelo resto da vida, dr. O.

Direcionando para o estado mental

25. P: Você sente que exista uma razão por trás de tudo isso para que ocorram todas essas coisas tão ruins com você?

R: Como o quê?

26. P: Existe alguém que deseje isso para você?

R: O que é que você quer dizer?

27. P: Alguém que não gosta de você e trama contra você.

R: É, até parece que sim, mas acho que é puro azar.

Direcionando para o diagnóstico

28. P: Alguma outra coisa ruim que você queira me contar?

R: Sim, eu estava trabalhando para a polícia, no departamento de cuidado dos animais, e o que aconteceu foi que o guarda de lá me odiava até as entranhas, e então ele me mandou ir a uma casa e recolher uns cachorros. Então fui até lá e os recolhi. Mais tarde, ele me chamou e disse: "May, o que foi que você fez? Entrou no quintal de um cidadão e recolheu os seus cachorros!" Mas isso era exatamente o que ele tinha me dito para fazer e eu disse isso a ele, mas ele disse simplesmente: "Ponha-se daqui para fora — você está despedida!"

29. P: Existe mais alguma coisa que você gostaria de me dizer?

R: Podia me sentar aqui por 20 anos e lhe contar sobre as sacanagens que me fazem, porque elas acontecem o tempo todo. Meu carro acaba de explodir e eu não tenho dinheiro nenhum. Meus pais me odeiam, e as minhas irmãs estão sempre me desprezando. Eu me sentia tão para baixo que nada mais era capaz de me deixar animada.

30. P: May, você sofreu tantas dificuldades — isso nunca afetou o seu apetite?

R: É, há alguns meses houve semanas em que eu não queria comer nada.

31. P: Você chegou a perder peso?

R: Devo ter perdido, pois as minhas calças jeans ficaram folgadas.

32. P: Como era o seu sono?

R: Eu não dormia. E nem você dormiria se tivesse tudo aquilo para se preocupar.

33. P: Então você deve ter-se sentido realmente muito mal. Você tinha algum amigo com quem conversar?

R: Não, merda, não queria falar com ninguém.

34. P: Você tinha um namorado na época?

R: Não tinha nenhum interesse em homens ou sexo, você está brincando? Não me divertia com nada.

35. P: E agora, como estão o seu o seu sono e o seu apetite?

R: Ah, estão realmente muito melhor, desde que comecei a tomar aquelas pílulas para depressão. Agora como demais e durmo demais. Mas ainda não me importo com as outras pessoas.

Direcionando para o exame do estado mental

36. P: (pausa) May, posso lhe fazer algumas perguntas que nos ajudarão a avaliar o modo como você pensa?

R: (indignada) Dr. O., não estou aqui por causa do meu pensamento. Estou aqui para que o senhor me ajude. Por que está tentando me diminuir como todo mundo?

Direcionando a comunicação

37. P: May, eu não quero diminuir você. Acho que você é capaz de se virar sozinha. Só gostaria de lhe fazer essas perguntas para poder ajudá-la melhor.

R: Não quero fazer isso agora.

38. P: Certo, May, está bem. Gostaria que soubesse que você tem muito a seu favor. Você fala em sua defesa, está bastante motivada e acho que nós podemos ajudá-la. Obrigado por conversar conosco.

Comunicação: Referindo-se a "todas as coisas ruins", o entrevistador encoraja May a se queixar e a revelar o seu sofrimento. Quando ele demonstra empatia, ela deixa de ser hostil e continua a revelar e elaborar outras frustrações. Porém, quando o entrevistador tenta testar suas funções intelectuais, retoma uma atitude hostil e defensiva. Em vez de tomar esse exame como parte da entrevista, ela o interpreta de forma equivocada, como se fosse uma crítica. Para terminar em uma nota positiva, o entrevistador resume as capacidades da paciente. Ela se sente agradecida pelo *feedback* pessoal e sai do consultório de cabeça erguida e com um amplo sorriso (Perguntas 36 a 38).

Técnica: O entrevistador deixa de investigar as afirmações de May quanto a ser popular. Ele evita romper a negação (o que poderia pôr em risco a comunicação). Em vez disso, enfoca as "sacanagens" e sonda os limites entre suspeição, pensamento delirante e pensamento ilógico. A mudança para perguntas abertas permite a ela uma maior liberdade para se expressar.

Estado mental: A paciente relata "coisas ruins" e "sacanagens", uma percepção que não se deve a um pensamento delirante persecutório ou idéias supervalorizadas (Perguntas 25 a 27), mas a sua incapacidade para entender os acontecimentos ao seu redor como resultados de causa e efeito.

A escolha que May faz de palavras monossilábicas, simplistas e concretas sublinha mais uma vez sua capacidade intelectual limitada. Tomar as coisas literalmente acaba prejudicando seu julgamento. Por exemplo, não percebe que somente poderia recolher cachorros vadios, e não cachorros no quintal de alguém. Seu pensamento concreto nutre mal-entendidos e desconfiança, que acabam levando à raiva e à frustração.

Diagnóstico diferencial (DSM-IV-TR)

1. Transtorno depressivo maior, em remissão parcial (296.25): May preenche os critérios para o diagnóstico de depressão maior. Um afeto restrito e a falta de um tom emocional ainda são perceptíveis. De acordo com o DSM-IV-TR, o diagnóstico de depressão exclui um diagnóstico alternativo ou adicional de reação de adaptação com humor deprimido (Perguntas 30 a 35).

2. Funcionamento intelectual *borderline* V62.89 (codificado no Eixo II; ver American Psychiatric Association, 2002, p. 691): Desempenho continuamente baixo no ensino médio e na faculdade, pensamento concreto e escolha limitada das palavras corroboram esse diagnóstico.

3. Transtorno de personalidade paranóide (301.0): May faz interpretações de cunho persecutório e fica defensiva e hostil, quando se sente ameaçada. Seu *insight* é limitado por ter que negar qualquer necessidade de ajuda, já que quer parecer competente e auto-suficiente. Suas tendências paranóides podem se originar em sua inteligência limitrofe. O diagnóstico de um transtorno delirante não pode ser feito, pois não foram detectados delírios.

4. Problemas acadêmicos (V 62.3): A vida acadêmica na faculdade passou a exercer uma pressão ininterrupta sobre ela em termos de desempenho, com a qual não foi capaz de lidar.

5. Transtorno de ansiedade generalizada: Não foi adequadamente avaliado, uma vez que os diagnósticos anteriormente apresentados explicam a apreensão e ansiedade iniciais da paciente.

Comentário: Esta é uma entrevista diagnóstica incompleta. Não abordou diagnósticos como: transtornos relacionados a substâncias, transtorno bipolar, anorexia nervosa, fobias, transtorno de pânico e esquizofrenia tipo paranóide. Além disso, o curso dos transtornos atuais e as histórias médica, social e da família não foram avaliados. Embora o entrevistador não tenha dado um retorno à paciente, o médico residente se encarregou de fazê-lo mais tarde.

Mais tarde, obteve-se o registro de nascimento de May. Este forneceu subsídios à impressão de um problema médico responsável por seu funcionamento intelectual limitrofe. Ela nasceu prematuramente (7 meses) e precisou de um cuidado prolongado em uma unidade de cuidados intensivos para bebês — uma possível razão para sua inteligência abaixo da média. Um Teste de Inteligência de Wechsler, realizado mais tarde, confirmou a impressão clínica. De relevância adicional para o diagnóstico, ainda teríamos:

1. história pré-mórbida de outras fontes
2. testagem neuropsicológica
3. avaliação dos chamados "sinais neurológicos leves", que podem ser indicadores de danos cerebrais no nascimento.

Esta entrevista mostra que, sem a suspeita de retardo mental leve, a falta de melhora não poderia ser compreendida. O estado mental de May e a natureza de seus problemas psicossociais e acadêmicos revelaram a deterioração na sua capacidade de pensamento, de solução de problemas e de juízo crítico.

8. PREGUIÇA NA NARCOLEPSIA

Alguns transtornos psiquiátricos são relativamente raros. Alguns transtornos do sono — como a narcolepsia — pertencem a este grupo. A prevalência de narcolepsia na população geral é estimada como sendo de 0,02 a 0,16 (DSM-IV-TR), mas pode ser muito menos reconhecida. Assim como os profissionais, os pacientes também não têm *insight* nem compreensão do problema. Como resultado, a apresentação do problema do paciente é, às vezes, enganosa, circunstancial e confusa para o entrevistador, especialmente se ele não estiver familiarizado com as diferentes formas que os transtornos do sono podem assumir.

Um transtorno do sono como a narcolepsia traz à tona a questão de que o entrevistador precisa conhecer tanto os critérios dos transtornos psiquiátricos quanto as suas várias manifestações clínicas (DSM-IV-TR). Aprender sobre a apresentação clínica dessas doenças na vida real se dá por meio da experiência clínica. Aqui, apresentamos o caso de Carlos.

Carlos S., um americano negro, de 25 anos, chega à sala de emergência, acompanhado da esposa (E), do pai (P), da mãe (M) e do filho de 5 anos (F).

1. M: Oi! Eu sou o dr. B. (olhando para toda a família e para a ficha do paciente) Quem é Carlos S.? (olhando para o homem mais velho)
E: É ele. (apontando para o adulto mais jovem, vestindo macacão azul) Este é o Carlos.
2. M: Oi! Sr. S., gostaria de me acompanhar?
P: (continua sentando) Pode me chamar de Carlinhos.
3. M: Você gostaria que alguém da sua família viesse para a sala de exame com você?
E: Seria melhor que todos nós fôssemos. Ele talvez não consiga contar o que realmente está acontecendo. (todos seguem o entrevistador para a sala de exame e se sentam)
4. M: Bem, Sr. S.
P: (ligeiramente aborrecido) Eu sou o Carlinhos, certo?
5. M: E daí, Carlinhos, o que é que há? O que foi que lhe trouxe aqui hoje à noite?
P: (dá de ombros) Não sei. Eu fiquei um pouco chateado, eu acho.
E: (agitada) Um pouco chateado? Pelo amor de Deus! Ele chegou a pegar a arma! Esse homem quis atirar nele mesmo!
F: (levanta-se e salta para o meio da sala) Papai tem uma arma grande. Bang! Bang! Bang!
M: Volte aqui, Rogério. Você se senta aqui comigo! Desculpe, doutor.

- F: Ele tem uma arma grande! Uma arma grande e de verdade!
- M: (levantando-se, agarrando o filho pela mão e o pegando no colo) Chega, Rogério!
6. M: Bem, Carlinhos, parece que você andou fazendo algumas coisas perturbadoras.
P: Não tenho mais vontade de atirar em mim mesmo. A Leilinha disse que me amava quando me viu pegar a arma. Ela disse que vai ficar comigo por enquanto.
7. M: Ela queria deixar você?
P: (ignorando a pergunta) E então meu pai veio e disse que me amava, e ele nunca tinha me dito isso a minha vida inteira. (começa a chorar)
P: Isso é verdade. Eu era severo com o Carlinhos. (para o Carlinhos) Desculpe, filho. (para o doutor) Eu fiquei demais em cima dele, enchi o saco dele. Não sabia o que fazer com ele. Ele era tão preguiçoso. Acho que queria fazê-lo entrar nos eixos na marra, sacudi-lo, sabe?
8. M: (para o paciente) Então você levou algumas pancadas de seu pai e agora a Leilinha queria deixar você? O que é que estava acontecendo?
P: Você vê, doutor, perdi meu novo emprego — fui despedido. E tinha acabado de largar meu outro emprego. (apontando para sua mãe) Meus pais tinham acabado de me dar dinheiro para um caminhão, para que eu pudesse ter um bom trabalho, fazendo entregas para a companhia XX.
E: (interpondo-se) Fiquei realmente chateada com ele. Ele não consegue segurar nenhum emprego. Eu faço todo o trabalho. Além do meu trabalho normal, trabalho numa agência de enfermeiras. Não aguento trabalhar mais. Nós não podemos quitar o caminhão sem que ele esteja trabalhando.
- P: Eu sinto muito. (põe a cabeça entre as mãos, soluçando e subitamente caindo para frente)
- E: Ali! Você vê? Ele está fazendo isso de novo! Finge que está caindo quando ouve o que não gosta.
9. M: Então, o que é que está acontecendo?
P: (endireitando-se na cadeira) Desculpa. Sinto-me fraco e não devia, não devia.
10. M: Fraco?
P: Eu me senti fraco agora mesmo. Eu me sinto fraco de vez em quando, mas está melhorando. Só preciso beber mais café.
11. M: Conte-me um pouco mais sobre seus ataques de fraqueza. Você começa a ficar tonto?
P: Não, na verdade não. (apontando para sua família) Talvez eles estejam certos em dizer que sou só preguiçoso.
12. M: Só preguiçoso? O que é que você quer dizer? Você pode me dizer?

- P: É. Fui despedido hoje. Meu chefe me viu tirando uma soneca. Eu estava em meu caminhão. Ele disse "Não posso trabalhar com um vagabundo preguiçoso como você, que deixa seus clientes esperando para poder tirar um cochilo". E então ele me falou um palavrão. Ele é um verdadeiro racista. E eu fiquei louco. Sei que não devia. Foi o meu fim.
13. M: Sinto muito em ouvir isso. O que o levou a se sentir tão cansado?
- P: Deve ter sido meu almoço. Hoje comi nove pedaços de galinha.
14. M: Bem, você já deve ter ficado sonolento assim antes.
- P: Sim, fiquei. Fui despedido antes. Desta vez, quando contei para a minha esposa, ela perdeu as estribeiras. Disse que iria embora. E, quando ela disse isso, eu simplesmente quis me matar.
- E: Não foi só isso. Ele estava gritando. Ele faz isso todo o tempo. Isso lhe custou sua carreira no exército.
15. M: (para Carlinhos) Sua carreira no exército? O que aconteceu?
- P: Fiquei bravo com o meu tenente. Ele me chutou e me chamou de vagabundo preguiçoso. Então agarrei aquele filho de uma... bem, não deveria dizer isso. Mas ele tinha me xingado antes e ele também é preto.
16. M: Então, o que é que estava acontecendo?
- P: Estava tirando uma soneca no meu turno de sentinela, e nós estávamos lá no deserto, e os iraquianos podiam ter vindo e nos matado a todos.
17. M: Então você adormeceu em serviço?
- P: É. Faço este tipo de coisa, mas era só a segunda vez que ele me pegava.
- M: Digo a ele que não coma tanto. Ele dormia muito quando ainda estava no ensino médio, de tanto que comia. Já naquela época, ele pesava 115 quilos, e não é tão alto.
18. M: Então você tem sonolência!
- P: (sentado com o corpo reto) Vou perder peso, vou fazer ginástica e beber mais café. Vou dar uma arrancada.

Comunicação: Na sala de emergência, o entrevistador, às vezes, tem que lidar com uma família, porque eles sentem que seu familiar com problemas não é capaz de fazer isso sozinho. Numa situação dessas, o entrevistador tem que decidir se vai entrevistar o paciente individualmente ou junto com a família inteira. Se o paciente parecer aflito, a família pode ser uma fonte de estabilidade e apoio durante a entrevista, tornando-o mais manejável e contribuindo para a coleta de infor-

mações. O lado negativo é que a família pode funcionar como um fator de distração em relação ao objetivo principal, que é a avaliação, causar constrangimento ao paciente, impedir que o entrevistador insista em determinadas linhas de questionamento, trazer seus próprios problemas para o entrevistador ou, com certeza, sua própria interpretação a respeito dos problemas do paciente. Se os fatores negativos começarem a dominar, o entrevistador pode solicitar a saída da família.

Técnica: Em nosso caso, a família espontaneamente traz informações úteis sobre a longa história do paciente de preguiça e sonolência. Trazem também suas próprias interpretações dos problemas (Respostas 7 e 17). As percepções da família ajudam mais do que atrapalham, e o entrevistador consegue isolar a queixa principal: sonolência e alguns ataques de fraqueza.

Estado mental: O paciente parece ter a memória recente preservada, pois fornece uma história que coincide com as observações dos seus familiares. Ele parece ter um afeto lábil, pois admite ter-se tornado raivoso e que isto teve consequências nefastas. O paciente tem um ataque de fraqueza durante a entrevista.

Diagnóstico:

1. Transtorno convulsivo. O ataque de fraqueza poderia ser uma convulsão atônica atípica.
2. Síncope. O paciente pode experimentar episódios de pressão baixa.
3. Transtorno de personalidade anti-social. O paciente pode estar desmotivado e se fingir de doente, como sua esposa parece pensar.
4. Transtorno depressivo maior com hipersonia, que pode levar o paciente a se sentir mais sonolento, mas também irritável.
5. Transtorno episódico de descontrole, por causa da explosão de raiva.
6. Uso de substâncias. O paciente pode tomar calmantes e se sentir sonolento. Pode abusar de cocaína ou de drogas estimulantes e parecer exausto.
7. Narcolepsia, pois o paciente tem ataques de sono e de fraqueza, que podem ser ataques catapléticos.

Estabelecendo um diagnóstico psiquiátrico

19. M: Conte-me mais sobre essa sonolência.
- P: Bem, eles me botaram para fora, mas ainda consegui uma baixa honrosa do exército.
20. M: Você consultou um médico ou um psiquiatra antes de ser expulso?

- P: É, consultei. Ele me disse que não queria ajudar nenhum fingidor, ou algo assim, e que é muito perigoso manter pessoas irresponsáveis por perto. E ele escreveu algo sobre uma característica anti-social em mim.
21. M: Conte-me sobre esses ataques de sono. Existe algo que os desencadeie?
- P: Não, só minha preguiça. Não posso assistir televisão. Ficava com sono até quando tinha que dirigir o jipe naquele deserto quente.
- E: Ele também não quer dirigir! Isso o deixa sonolento! Então eu fui contra quando ele quis dirigir aquele caminhão de entrega.
- P: Eu ganhava um bom dinheiro! Se eu tirasse a minha soneca, ficava bem por pelo menos três horas.
22. M: Há quanto tempo você tem isso?
- P: Acho que a mãe está certa. Já tinha isso no ensino médio. Pegava no sono em aula.
23. M: Não piorou de lá para cá?
- P: Não sei. É todos os dias, vem e vai, de repente me dá um sono!
24. M: Acontece alguma coisa quando você adormece?
- P: (assusta-se, lambe os lábios, parece ansioso) Como o quê?
25. M: Você vê ou ouve coisas?
- P: (espantado) O que é que você quer dizer? Eu não sou louco! Primeiro, sou preguiçoso e então sou louco, puxa, doutor?
26. M: Não se preocupe, Carlinhos, não acho que você seja louco, mas algumas pessoas que têm esses ataques de sono têm uma espécie de sonho antes de adormecer.
- P: Não sei, doutor. Você está me gozando, ou coisa parecida?
27. M: Por que você está tão preocupado, Carlinhos?
- P: Porque foi isso que o psiquiatra fez no deserto. Primeiro, ele me disse que eu devia lhe contar tudo o que se passava pela minha mente, e eu contei que via esses camelos com asas no deserto. Então ele me disse que eu tinha que parar com aquilo, que ele não ia me dar baixa por esquizofrenia, se era isso o que eu estava querendo. Disse: nós só nos livramos de você com uma baixa geral.
28. M: O que você quer dizer?
- P: Eles me deram a baixa honrada, mas colocaram o artigo 15 nos meus documentos. E quando eu quis entrar para a polícia, não me aceitaram por causa disto.
29. M: Agora você tem aquelas visões antes de ir dormir?
- P: Às vezes.
30. M: Também nas suas sonecas durante o dia?
- P: É, de vez em quando.
31. M: E quando você acorda, isso também acontece?
- P: Tenho alguns pesadelos feios, que ainda continuam quando eu me acordo.
32. M: Você vê coisas em qualquer outro momento?
- P: Quando não estou indo dormir ou acordando?
33. M: Sim.
- P: Nunca. Estou sempre adormecendo ou acordando de um sonho.
34. M: Como você sente o seu corpo, quando tem esses pesadelos?
- P: Bem, outra noite li sobre o doberman que tinha matado aquela criança de 2 anos. Então sonhei que ele estava me perseguindo. Acordei e não conseguia me mexer. Eu estava assustado.
35. M: Aconteceu outras vezes?
- P: O que é que você quer dizer? Às vezes me sinto fraco ao acordar.
36. M: Agora, ainda há pouco, quando você estava sentando aqui, afundou e caiu para a frente.
- P: Às vezes, quando eu rio muito ou fico furioso, me sinto um pouco fraco.

Abuso de substâncias

37. M: Você está usando alguma coisa?
- P: Meu pai é um batista do sul. Ele está até fazendo algumas orações. Eu nunca entrei para as drogas.
38. M: E as bebidas alcoólicas?
- P: Se eu tomo, mesmo que só uma cerveja, me sinto realmente cansado.
39. M: Você já fez uso de algum tipo de excitante ou calmante?
- P: Não preciso de nenhum calmante. Eu durmo sem eles. Na Tempestade do Deserto, uma vez experimentei cocaína. Aquilo me deu uma agitação na cabeça e fiquei assustado. Não podia nem fumar maconha. Até isso me deixa sonolento.
- M: Ele bebe um monte de café. Mas consegue dormir mesmo assim.
40. M: E os excitantes?
- P: Depois da cocaína, fiquei assustado. E nunca os experimentei.
41. M: Você chegou a cheirar alguma coisa? Como cola ou gasolina? Qualquer coisa assim?
- P: Não.

História familiar

42. M: Alguma outra pessoa em sua família tem ataques de sono ou de fraqueza?
- P: (interpondo-se) Na minha família, ninguém! Também servi no exército. E não ousaria adormecer.

Dormir no trabalho? Ah!, nos correios, eles se livrariam de mim em dois tempos.

43. M: (para o pai do paciente) E aquelas visões? Você tem qualquer coisa desse tipo?

P: Ah, eu sonho. Mas não tenho ataques de fraqueza.

M: Ele só tem aquele tique com o qual quase me leva à loucura. Ele deixa o queixo cair e tenta parecer um verdadeiro abobado.

F: Ah, cala a boca. Não faço isso de propósito. É só um tique nervoso.

44. M: (para o pai do paciente) Então sua mandíbula cai?

P: Não é estranho? Se entrar em uma discussão realmente acalorada, a minha mandíbula cai. É como se eu estivesse bêbado.

45. M: Bem, seu filho tem a mesma coisa. Só que pior. Vocês dois têm uma doença de verdade, chamada narcolepsia. (para o pai) O Carlinhos tem uma forma mais grave do que o senhor. (para o Carlinhos) As boas notícias são que isso tem tratamento. Espero que não aconteça mais de você perder empregos por causa de seus ataques de sono.

Comunicação: A comunicação não é outra questão senão o fato de que o paciente não entende seus sintomas e quer escondê-los dos outros, por causa do constrangimento. O conhecimento especializado e a familiaridade do entrevistador com a doença ajudam Carlos a superar seu embaraço e a confiar seus problemas.

Técnica: A técnica é direta e ditada pela procura pela tríade clássica da narcolepsia: ataques de sono, alucinações hipnagógicas e hipnopômicas, paralisia do sono e ataques catapléticos. Esses sinais caracterizam o sonho normal da fase dos Movimentos Rápidos dos Olhos (REM), durante a qual todos os indivíduos experimentam paralisia e têm imagens visuais. Desde que, como entrevistador, você entenda a fisiologia do sono e do sonho e o fato de que o mecanismo do sonho pode ser acionado completa ou parcialmente, à força, durante o estado de vigília, então você está apto a entrevistar pessoas que possivelmente tenham esse transtorno.

Estado mental: O estado mental de Carlinhos mostra um afeto lábil, e ele parece ter um humor lábil. Tem um

ataque cataplético durante a entrevista. Descreve bem os sintomas, mas não entende sua natureza.

Diagnóstico diferencial (DSM-IV-TR)

1. Narcolepsia 347: O entrevistador estabeleceu a presença desta síndrome. O pai do paciente tinha sintomas de cataplexia, um achado que confirma o diagnóstico do filho, uma vez que de 5 a 15% dos parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com cataplexia têm narcolepsia, e de 25 a 50% têm hipersonia primária.

Para confirmar o diagnóstico, o entrevistador solicitou um teste de latência múltipla do sono, que deveria demonstrar o início do sono após 5 minutos (sonolência patológica) e movimentos rápidos dos olhos (REMs) no início do sono em pelo menos dois dos cinco cochilos programados. Além disso, a tipagem do antígeno do leucócito humano (HLA) deveria mostrar a presença de HLA-DQB1*0602 em quase todos os indivíduos com narcolepsia e cataplexia, comparados com 20 a 25% da população geral. A tipagem de HLA mostra o antígeno acima em 40% dos indivíduos com narcolepsia sem cataplexia.

2. Transtorno explosivo intermitente 312.34: O paciente se torna irritável e explosivo quando criticado por estranhos pela sua doença. No entanto, não há história de atos agressivos sérios ou destruição deliberada de propriedades.

3. Transtorno depressivo maior: Este diagnóstico se apóia na tendência suicida do paciente.

4. Transtorno de personalidade anti-social 301.7: Isto terá que ser investigado. Carlinhos tem explosões de raiva contra figuras de autoridade. O abuso de substâncias provavelmente está excluído, mas é possível que o paciente o tenha escondido, porque não quis responder às perguntas na frente de sua família, especialmente seu pai, punitivo e religioso.

Além dos transtornos psiquiátricos maiores, os transtornos de personalidade também podem representar uma dificuldade inicial em sua avaliação. No próximo capítulo, examinaremos como entrevistar pacientes com transtornos de personalidade.

CAPÍTULO DEZ

ENTREVISTA EM TRANSTORNOS ESPECÍFICOS: TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

- 1. Retraimento emocional e comportamento estranho — Grupo A**
Desconfiança no transtorno de personalidade paranóide
Retraimento no transtorno de personalidade esquizóide
Irracionalidade no transtorno de personalidade esquizotípica
- 2. Emocionalidade exagerada e dramática — Grupo B**
Mentiras na personalidade anti-social
Labilidade no transtorno de personalidade *borderline*
Tendência à falsificação no transtorno de personalidade histriônica
Grandiosidade no transtorno de personalidade narcisista
- 3. Ansiedade e tendência à submissão — Grupo C**
Hipersensibilidade no transtorno de personalidade esquiva
Submissão no transtorno de personalidade dependente
Circunstancialidade e perfeccionismo no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
- 4. Transtornos de personalidade sem outra especificação (SOE)**
Controvérsia: transtorno de personalidade depressiva *versus* transtorno distímico
Ressentimento no transtorno de personalidade passivo-agressiva (negativista)
Crueldade exigente no transtorno de personalidade sádica
Sacrifício e autodestruição no transtorno de personalidade autodestrutiva

RESUMO

O Capítulo 10 descreve como estabelecer a comunicação, selecionar as técnicas de entrevista e modificar o exame do estado mental para diagnosticar pacientes com transtorno de personalidade.

▲▲▲▲▲

É pior estar doente na alma do que no corpo, porque os aflitos no corpo somente sofrem, mas os aflitos da alma tanto sofrem quanto fazem sofrer.

— Plutarco, *Moralia*: Affections of soul and body, séc. 501
E. aprox. d.C. 95

▼▼▼▼▼

Psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras sempre estiveram intrigados pelos transtornos de personalidade. No entanto, não conseguem entrar num acordo quanto a quais desses transtornos têm validade, nem quanto a como avaliá-los.

Para a avaliação, tanto clínicos como pesquisadores vacilam entre a abordagem dimensional — como aquela utilizada, por exemplo, no Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI) — e a abordagem por categorias — empregada no DSM-IV-TR. E, ainda assim, o DSM-IV-TR não apresenta tipos de personalidade mutuamente excludentes, mas permite uma composição. O DSM-IV-TR também lhe permite utilizar critérios de vários transtornos de personalidade e diagnosticar um transtorno de personalidade sem outra especificação (SOE).

Para lhe fornecer uma abordagem eficaz para lidar com os 10 transtornos de personalidade no DSM-IV-TR, nós lhe oferecemos a Tabela 10.1. Ela lista os 30 critérios característicos dos 10 transtornos de personalidade do DSM-IV-TR. Para os primeiros oito critérios, são usados também os seus opostos (listados entre parênteses). Os sinais *mais* (+) e *menos* (-) indicam se um determinado (+) critério, ou o seu oposto (-), se aplica a um certo transtorno de personalidade. Um espaço em *branco* indica que, sob as circunstâncias habituais, esse critério não é necessário.

Os primeiros oito critérios caracterizam os transtornos de personalidade de mais de um grupo. São úteis para decidirmos se um paciente tem ou não um transtorno de personalidade. Os critérios de 9 a 13 são compartilhados pelos transtornos de personalidade que pertencem ao grupo A. Os critérios de 14 a 26 são específicos para os transtornos que pertencem ao grupo B, e os critérios de 27 a 30, para os do grupo C.

Os 30 critérios na Tabela 10.1 permitem chegar a um perfil de personalidade. Se esse perfil for consistente com um transtorno de personalidade específico, opte por este diagnóstico.

Se o perfil satisfaz os critérios para dois ou mais transtornos de personalidade, faça esses diagnósticos. Se o perfil preenche alguns critérios de um ou vários transtornos de personalidade sem satisfazer inteiramente os critérios de nenhum deles, faça o diagnóstico de transtorno de personalidade SOE no Eixo II. Os médicos podem também optar pelo transtorno de personalidade SOE para os transtornos de personalidade que não estão representados por um conjunto de critérios. São exemplos os transtornos de personalidade depressiva e passivo-agressiva (negativista).

Cada um dos 10 transtornos de personalidade listados no DSM-IV-TR coloca obstáculos específicos ao processo de entrevista. Por exemplo, um paciente com transtorno de personalidade dependente pode referir sintomas que ele, na realidade, não experimentou, mas se sente compelido a admitir para agradar o entrevistador. Por outro lado, um paciente com transtorno de personalidade anti-social pode falsificar seu passado e negar seus problemas para impressionar o entrevistador.

É tarefa do entrevistador identificar esse comportamento enganador e pesquisar suas origens (Othmer e Othmer, 2002). Tal investigação costuma levar diretamente ao núcleo da patologia da personalidade. Já que os pacientes com um transtorno de personalidade têm pouco ou nenhum *insight* a respeito de sua doença, e não são capazes, portanto, de relatar sua patologia em termos de sintomas, a observação do comportamento do paciente durante a consulta se torna um importante instrumento para o diagnóstico.

Para facilitar esse processo, nós destacamos o comportamento patológico de cada um dos 10 transtornos de personalidade e de três transtornos de personalidade SOE que mais costumam surgir durante a entrevista diagnóstica e interferir na mesma. As mudanças de personalidade devidas a uma condição médica geral e seus oito subtipos devem ser excluídos. Além disso, o DSM-IV-TR também nos permite codificar uma mudança de personalidade devida a qualquer tipo de demência. Este código é, porém, feito no Eixo I. O DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) e o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) incluíam uma mudança de personalidade entre os critérios em sua definição de demência e, portanto, não era possível codificar a mudança de personalidade, quando esta era devida à demência.

Tabela 10.1 Critérios do DSM-IV-TR para 10 transtornos de personalidade

Critérios do DSM-IV-TR	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	Esqui-zóide	Para-nóide	Esquizo-típica	Histriô-nica	Narci-sista	Borderline	Anti-social	Depen-dente	Obsessivo-compulsiva
1. Isolamento (busca de atenção)	+	+	+	-	+	-	-	+	+
2. Frieza emocional (em exagero)	+	+	+	-	+	-	-	+	+
3. Hipersensibilidade (indiferença)	-	+	+	+	+	+	+	-	-
4. Autocentrada (submissão)	-	+	+	+	+	+	+	-	-
5. Idéias de grandeza (baixa auto-estima)	-	+	+	+	+	+	+	-	-
6. Dependência	-	+	+	+	+	+	+	-	-
7. Exploração (altruismo)	-	+	+	+	+	+	+	-	-
8. Busca do prazer (ignorá-lo)	-	+	+	+	+	+	+	-	-
9. Desconfiança	+	+	+	+	+	+	+	-	-
10. Idéias de referência	+	+	+	+	+	+	+	-	-
11. Pensamento mágico	+	+	+	+	+	+	+	-	-
12. Ilusões	+	+	+	+	+	+	+	-	-
13. Linguagem bizarra	+	+	+	+	+	+	+	-	-
14. Gestos suicidas	+	+	+	+	+	+	+	-	-
15. Afeto lábil	+	+	+	+	+	+	+	-	-
16. Impulsividade	+	+	+	+	+	+	+	-	-
17. Acessos descontrolados de fúria	+	+	+	+	+	+	+	-	-
18. Não ser genuíno	+	+	+	+	+	+	+	-	-
19. Sentir-se merecedor (não merecedor)	+	+	+	+	+	+	+	-	-
20. Fantasia de sucesso	+	+	+	+	+	+	+	-	-
21. Relações instáveis	+	+	+	+	+	+	+	-	-
22. Identidade perturbada	+	+	+	+	+	+	+	-	-
23. Sentimentos de vazio, de aborrecimento	+	+	+	+	+	+	+	-	-
24. Violação da lei	+	+	+	+	+	+	+	-	-
25. Mentiras	+	+	+	+	+	+	+	-	-
26. Roubos	+	+	+	+	+	+	+	-	-
27. Ânsia por aceitação	+	+	+	+	+	+	+	-	-
28. Preocupação com detalhes	+	+	+	+	+	+	+	-	-
29. Indecisão	+	+	+	+	+	+	+	-	-
30. Ser viciado em trabalho	+	+	+	+	+	+	+	-	-

Nota: + = presente; - = critério oposto presente (dado entre parêntese).

1. RETRAIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTO ESTRANHO — GRUPO A

Existem três transtornos de personalidade no grupo A: o paranóide, o esquizóide e o esquizotípico. O estado mental do paciente enquadrado no grupo A se caracteriza por retraimento emocional, falta de calor e comportamento estranho ou excêntrico. Ao longo da entrevista, falta-lhe espontaneidade, ele parece frio e às vezes sarcástico, dando a impressão de esconder seus sentimentos. Independentemente de sua técnica e do tipo de perguntas que você lhe fizer, o paciente tem a tendência a responder com "sim" ou "não". É difícil induzi-lo a falar espontaneamente, e a entrevista não flui. O terapeuta quase nunca consegue sentir que está verdadeiramente em contato com ele e que conseguiu estabelecer uma comunicação.

O processo de entrevista difere de acordo com o tipo de transtorno de personalidade, mas em todos os casos o entrevistador experimentará uma sensação de falta de comunicação. Analisando a razão para esse déficit, encontra-se a frieza do paciente como o fator primordial. Tome este como o ponto de partida para a sua entrevista. Investigue se o paciente sempre exibiu estas características ao longo da sua vida, resultando em isolamento social. Após a exclusão das doenças do Eixo I, como a esquizofrenia e o transtorno delirante, estreitam-se as opções diagnósticas para um transtorno de personalidade.

Desconfiança no transtorno de personalidade paranóide

Comunicação: A comunicação com um paciente que tem um transtorno paranóide da personalidade é dificultada por sua percepção difusa de que todos, absolutamente todos, vão prejudicá-lo ou explorá-lo. Ele examina todas as questões à procura de um sentido oculto e conteúdo conspiratório. Questiona sua confiabilidade, sua amizade, a qual ele pode presumir que seja falsa — uma tentativa bem-disfarçada para tirar vantagem de sua fraqueza —, o fato de você colocar limites presumido como uma estratégia de vingança, sua oferta de ajuda vista como um cavalo de Troia. O terapeuta não pode vencer, porque ele descobriu seu plano. Ele não é palhaço de ninguém, porque não é amigo de ninguém.

Uma abertura genuína de sua parte pode persuadi-lo, temporariamente, a confiar-lhe alguns de seus problemas. Falando abertamente do quanto o acha desconfiado, ele pode ficar impressionado com a sua franqueza ou interpretar suas declarações como hostis, críticas ou insultantes. Pode decidir cooperar, mas pode, a qualquer momento, sentir-se traído e desapontado, e surpreendê-lo com um contra-ataque hostil.

Técnica: Entrevistar um paciente com transtorno de personalidade paranóide é uma operação delicada. Já que presume que todas as suas perguntas devam ter um significado oculto e ameaçador, vai investigá-las:

"Por que você pergunta isso?"

Porém, se ressentido de ser, ele próprio, avaliado. As transições suaves funcionam melhor. Qualquer brusquidão será entendida como uma mudança injustificada de tópico e pode despertar raiva, contra-ataques ou um encerramento abrupto da entrevista. Ele vai confrontá-lo, mas não vai tolerar ser confrontado.

Estado mental: O estado mental de um paciente com transtorno de personalidade paranóide fica obscurecido pela hipervigilância e pela desconfiança. Sua maneira de se vestir pode ser meticulosa, de forma a não dar a ninguém razão para qualquer crítica, ou mostrar alguma negligência, se ele estiver deprimido. Neste caso, pode anunciar que não está interessado em agradar a ninguém. Sua fala costuma ser fluente e dirigida a um objetivo. Porém, o conteúdo desses objetivos é característico desta doença: checar as intenções de seu interlocutor, expressar que consegue ver através de suas manobras e verbalizar seu desprazer a respeito dos planos secretos que vêm de você. Seu afeto vacila entre a ansiedade e a hostilidade explícita. A memória e a orientação estão intactas, mas o juízo crítico está prejudicado pela desconfiança. Ele pode reconhecer a desconfiança, mas defendê-la firmemente como justificada e não aceitá-la como parte de um transtorno de personalidade. Sob estresse, podem ocorrer somente alucinações e delírios de curta duração.

Diagnóstico: A única dificuldade é a necessidade de se ter mais cautela ao entrevistar tais pacientes, no sentido de não desencadear sua desconfiança ou hostilidade. Já que esta é tão difusa, surge logo no início da entrevista. Para estabelecer o diagnóstico de transtorno de personalidade paranóide, exclua delírios de perseguição e qualquer tipo de alucinação; isso elimina a esquizofrenia, tipo paranóide, e o transtorno psicótico breve. As demências ou os transtornos psicóticos devidos a uma condição médica geral, o abuso de substâncias, a depressão e os estados bipolares e mistos podem estar associados à desconfiança e às idéias de referência. Essa desconfiança, no entanto, raramente permanece em um nível não-delirante. Essa última também tem duração limitada, mostra um início circunscrito e está associada a outros sintomas de um transtorno específico.

Se, durante a entrevista, surgirem retraimento social, distanciamento e frieza afetiva, e se o paciente expressar alguma idéia supersticiosa e bizarra, investigue o diag-

nóstico diferencial de transtorno de personalidade do grupo A. Observe que o limite entre transtorno delirante (Eixo I) e transtorno de personalidade paranóide (Eixo II) é fluido. Enquanto o paciente com transtorno delirante vê seu comportamento como a melhor resposta a um perigo que ele percebe como real, o paciente com transtorno de personalidade paranóide, que tem consciência de sua desconfiança aumentada, costuma tentar mantê-la para si mesmo, mas encontra razões para justificá-la. Eis aqui um caso bastante grave:

M: Olá, quer entrar?

P: O que é que você quer dizer com "quer entrar"?

M: Você não queria conversar comigo?

P: Quem lhe deu essa idéia?

M: Bem, você marcou uma consulta, não marcou?

P: Você está usando isso contra mim? Talvez eu não devesse ter marcado.

M: Já que você está aqui, por que não se senta?

P: Você pensa que já me pegou. Certo. Vamos adiante com isso. Eu vou me sentar, mas não pense que vou me submeter aos seus truques. Já tive alguma experiência com psiquiatras. Eles todos são basicamente a mesma coisa. Eles o enganam e manobram — ao menos isso é o que eles tentam fazer, mas não consigo.

M: Você parece não gostar de mim nem confiar em mim.

P: Além dos políticos de Washington, não encontrei ninguém em quem eu possa confiar tão pouco como num psiquiatra.

Retraimento no transtorno de personalidade esquizóide

Comunicação: A comunicação com o paciente com transtorno de personalidade esquizóide fica prejudicada pelo seu retraimento emocional difuso. Não há resposta emocional no início da entrevista e tampouco no fim. Se você expressar empatia, ele se mantém frio. Ele pode falar de seus sentimentos depressivos, mas você não percebe seu sofrimento. Já que seu calor emocional não está presente, não se pode julgar se os problemas sobre os quais fala são realmente importantes para ele. Você não consegue avaliar se ele o aprecia, confia em você e o respeita ou se está melindrado. Não adianta perguntar-lhe a respeito, pois ele não sabe; e, se sabe, não tem importância, porque não se importa. Isso lhe é indiferente. A comunicação é um estado em que o paciente deseja revelar e discutir seus sintomas, problemas e sentimentos mais íntimos. Já que a personalidade esquizóide não parece ter esses sentimentos, o terapeuta nunca tem a impressão de atingir a comunicação.

Técnica: Nota-se, desde o começo, que o paciente só responde com "sim" ou "não", ou com respostas muito curtas, aparentemente distraídas. Você pode interpretar essa pobreza de palavras como sensibilidade, e se tornar cauteloso para não ferir seus sentimentos, mas essa é uma suposição incorreta. Qualquer estratégia parece falhar. Não importa se for convidado a falar sobre qualquer tema de sua escolha ou tentar pressioná-lo com perguntas altamente estruturadas, o fluxo da informação permanece restrito. Detecta-se que a expressão verbal e emocional limitada não se deve à autoproteção, mas a um vazio mental e emocional. Portanto, você pode começar e terminar onde quiser — abruptamente — não importa.

Estado mental: Caracteriza-se por movimentos corporais nervosos, falta de expressão facial e gestos congelados e desajeitados. Sua fala é objetiva, mas lhe falta uma elaboração mais detalhada. O tom de sua voz raramente muda, nem mesmo quando fala dos acontecimentos mais íntimos ou mais traumáticos de sua vida. Nem a morte de sua mãe nem a perda de um amigo parece que o afetam. Esta falta de resposta sublinha sua principal deterioração: o retraimento emocional.

O paciente mais inteligente e que tem esse transtorno de personalidade às vezes se queixa de sua falta de interesse ou motivação. Pode até mesmo nomear esse estado de "depressão", mas habitualmente não relata os sentimentos associados de tristeza, culpa ou angústia.

Um paciente com transtorno de personalidade esquizóide raramente alucina ou apresenta pensamento delirante, exceto sob estresse. Pode ter algumas idéias de referência ou a sensação de que os outros não se importam com ele, mas, se se importassem, isso seria para ele provavelmente um fardo mais do que um prazer. Sua memória costuma estar preservada. Ele vê a si mesmo como menos animado do que os outros, mas não considera essa falta de interesse como um problema ou transtorno. Seu juízo crítico em relação aos planos para o futuro costuma ser adequado; raramente superestima seu potencial, a menos que desenvolva um transtorno esquizofreniforme. Somente se ameaçado de perder o emprego ou o cônjuge (os pacientes homens com transtorno de personalidade esquizóide raramente se casam) é que esse paciente vai possivelmente consultar um terapeuta. Então costuma relatar sintomas vegetativos e humor depressivo, para os quais estaria buscando tratamento.

Diagnóstico: O indivíduo com transtorno de personalidade esquizóide costuma procurá-lo quando desenvolve um transtorno clínico (Eixo I), como abuso de substâncias, depressão ou transtorno esquizofreniforme ou se defronta com estressores psicossociais (Eixo IV).

A combinação de um transtorno clínico com um transtorno de personalidade esquizóide é uma fonte de confusão. Uma depressão concomitante, por exemplo, pode se apresentar em uma pessoa mais jovem como uma esquizofrenia simples, devido ao embotamento afetivo e isolamento social graves. A presença de alucinações transitórias devidas ao abuso de substâncias do tipo LSD, pode levá-lo a considerar a possibilidade de uma esquizofrenia incipiente. A precisão do seu diagnóstico, no entanto, estará assegurada se você, de rotina, não deixar de incluir no diagnóstico diferencial a combinação de um transtorno do Eixo I com um transtorno de personalidade do Eixo II.

Habitualmente, não é tanto a queixa principal da personalidade esquizóide, mas o que se observa do estado mental que vai apontar na direção do diagnóstico. Com a suspeita levantada, investigue a história social do paciente. A história da sua vida está prejudicada pela solidão, pelo isolamento e pelo abandono, que parecem ser mais significativos para o terapeuta do que para ele.

O padrão de comportamento e as interações da personalidade esquizóide parecem corresponder à sintomatologia dos pacientes com os sintomas negativos da esquizofrenia: a mesma falta de iniciativa, o afeto embotado, a pobreza de gestos e de produção verbal. No entanto, esses pacientes não estão alucinando, não abrigam delírios ou apresentam um transtorno formal do pensamento, e seu juízo crítico da realidade está preservado.

O segmento a seguir ilustra a comunicação e o estado mental do sr. Forster, um paciente com transtorno de personalidade esquizóide.

M: Sr. Forster, pode me dizer que tipo de problemas o trouxe à clínica?

P: O meu trabalho.

M: E poderia me contar que tipo de problemas você tem no seu trabalho?

P: Nenhum interesse.

M: Deve ser ruim trabalhar o dia inteiro sem se sentir realmente interessado.

P: Hmm.

M: Que tipo de trabalho você faz? Conte-me um pouco mais sobre ele.

P: Trabalho de laboratório.

M: Em que tipo de laboratório você trabalha?

P: Animal.

M: Por favor, conte-me o que é que você faz no seu laboratório.

P: Organizo experimentos.

M: Há quanto tempo você vem com esse problema de falta de interesse?

P: Desde o início.

M: Há quanto tempo você trabalha nesse seu atual emprego, nesse laboratório?

P: Já faz alguns anos.

M: E o seu interesse sempre foi baixo assim?

P: Não.

M: Quando foi que esse problema começou?

P: Ultimamente.

M: Você poderia ser mais preciso?

P: Talvez na primavera deste ano.

M: Como é que você tem-se sentido ultimamente?

P: Não muito bem.

M: Lamento ouvir que você não vem se sentido muito bem. O que é que mais o perturba? É o tipo de trabalho? Ou outras pessoas no seu trabalho? Você pode me dar uma idéia?

P: Estou me sentindo mal.

M: Você pode especificar isso melhor?

P: Não, na realidade, não.

M: Como vão as coisas no seu trabalho? O que é que há com o seu trabalho que o torna tão desinteressante?

P: Ele é lento.

M: Você está fazendo seu trabalho dentro do tempo certo?

P: Ali, ali.

M: Alguém se queixa, o pressiona ou o ameaça?

P: Não.

M: Ou alguém lhe pede para fazer mais trabalho?

P: Não há tanto assim para fazer.

Não importa o quanto você se esforce, nem o quanto enfático seja, quer use perguntas curtas, elaboradas, abertas ou fechadas, as respostas dele serão monótonas e curtas. Ele não elabora. Falta-lhe todo e qualquer tom afetivo. Para estabelecer uma lista de diagnóstico diferencial, terá que ser repassada uma enorme lista de sintomas, utilizando questões estruturadas que permitam respostas do tipo sim ou não. Essa entrevista vai frustrá-lo, embora não ao paciente, que vai retornar para a próxima consulta e seguir tão monótono e não-inspirado como da primeira vez.

Irracionalidade no transtorno de personalidade esquizotípica

Comunicação: Quando tentar estabelecer a comunicação com um paciente com um transtorno de personalidade esquizotípica, ficará surpreso com suas formulações incomuns, declarações surpreendentes e idéias peculiares. A comunicação fica prejudicada na medida em que o paciente sente que você não consegue apreciar as suas experiências.

A empatia por seus sentimentos e idéias pode seduzi-lo a abandonar sua reserva. Quando o terapeuta sinaliza que não o rejeita e que compreende suas percepções e sentimentos, a confiança dele vai crescer, vai lhe abrir o

santuário do seu mundo secreto, autista. Ele vai compartilhar com você os seus *insights*, referências pessoais, suscetibilidades e uma consciência individualizada que transcende a realidade. Diferentemente de seus esforços com o paciente com transtorno de personalidade esquizóide, é possível construir uma comunicação com o paciente esquizotípico.

Técnica: Estabelecendo-se a comunicação, o paciente responde a todos os tipos de perguntas. O terapeuta freqüentemente tem que pedir que ele especifique suas impressões e dê exemplos. Nesse processo de esclarecimento, percebe-se que ele vê as relações entre acontecimentos e pessoas de maneiras que não são nada óbvias. É possível seguir a direção de seu pensamento sem chegar a ser completamente capaz de valorizar os seus elementos. Qualquer abordagem empática e interessada de escuta, combinada a técnicas de continuação, costuma ser suficiente para levar o paciente a explicar as suas experiências. Contrastando com isso, um questionamento que expresse dúvida e expressões de rejeição de seus pontos de vista ou confrontação com sua realidade levam o paciente a se retrair.

Um paciente inteligente com transtorno de personalidade esquizotípica costuma desejar descobrir se você tem experiências semelhantes às dele. Para ele não é suficiente que você se interesse por seus pontos de vista; ele está sedento de se comunicar na mesma faixa de onda. Lidar com esta situação é mais uma questão de comunicação do que um problema de como formular as perguntas de um modo mais eficaz.

Estado mental: O estado mental mostra diversos traços característicos. A maneira do paciente vestir-se pode ter algo de peculiar; ele pode carregar um talismã em volta do pescoço. Pode usar palavras com um significado incomum, ou num contexto incomum. Seu senso de humor pode parecer bizarro, e seus pensamentos podem ser difíceis de seguir. Ele fará um esforço para lhe comunicar seus pensamentos e sentimentos, desde que confie e acredite que vale a pena conversar com você.

O conteúdo dos pensamentos do paciente, é, de fato, digno de nota. Pode mostrar ideação paranóide, desconfiança, idéias de referência e pensamento mágico. Pode alegar ter acesso a uma quarta dimensão, ter experiências fora do corpo, percepção extra-sensorial (PES), telepatia e premonições. As peculiaridades na formulação e no conteúdo do pensamento lhe dão a impressão de que o paciente é esquisito, estranho, excêntrico e supersticioso. Seu afeto muda com o conteúdo do pensamento. Pode parecer distante e frio quando você o envolve em temas que não são da sua escolha, mas se torna vibrante, e até intenso no seu afeto, quando fala sobre suas expe-

riências telepáticas e suas convicções. Assim como ocorre com os outros dois transtornos de personalidade do Grupo A, o paciente com transtorno de personalidade esquizotípica pode experimentar, sob estresse, episódios psicóticos muito breves.

O senso de orientação, a memória e o processamento da informação estão intactos, e sua fala é coerente. Entretanto, seu julgamento é influenciado por pensamentos situados fora da realidade verificável. Tem um *insight* parcial: sabe que os outros o consideram esquisito, estranho e, às vezes, difícil de entender. Porém, ele os vê como incapazes de ver além de uma realidade simplista e não como críticos de seu teste de realidade deteriorado.

Diagnóstico: As excentricidades do paciente lembram as de um esquizofrênico com sintomas positivos. Ainda assim, ao investigar delírios ou alucinações, você às vezes encontra episódios muito breves em situações estressantes. Seu raciocínio é semelhante ao de um transtorno do pensamento, com idéias supervalorizadas e idéias de referência. O escrutínio do passado do paciente vai revelar que, já como adolescente, era considerado um esquisito e um estranho. Esta cronicidade o alerta para a presença de um transtorno de personalidade do Grupo A.

A falta de idéias predominantemente paranóides diferencia o paciente esquizotípico do paciente paranóide, e a preocupação com o oculto e o sobrenatural o diferencia do paciente com transtorno de personalidade esquizóide.

A entrevista seguinte, com Kevin P., ilustra algumas das características do transtorno de personalidade esquizotípica:

1. M: Por onde começamos?

P: Posso muito bem começar por eles, os problemas de caráter.

2. M: Conte-me mais sobre isso.

P: Acho que são o pessoal que lhe dá mais trabalho — é o que eles são.

3. M: Soa como se algumas pessoas o incomodassem muito.

P: Veja bem, tudo isso depende. Eu odeio os problemas de caráter que são cruéis e que te magoam. Você pode sentir os seus pensamentos agressivos, mas eu larguei o meu emprego, e então eles não podem mais chegar até mim.

4. M: Deve ser horrível se sentir atormentado por essas pessoas.

P: Eu simplesmente preciso me manter a distância deles.

5. M: Eles tentaram lhe fazer algum mal ou persegui-lo?

P: É a falta de consideração deles que o prejudica.

6. M: Já aconteceu de eles tentarem segui-lo, observar a sua casa, grampear o seu telefone, colocar escuta em seu quarto ou em sua sala de estar?

P: Não, mas me surpreende você perguntar. Você está ligado neles?

Kevin utiliza formulações como "que são cruéis e que te magoam" de preferência a "que são cruéis e que me magoam". Tais formulações declaram suas experiências como verdades genéricas. Esta interpretação é corroborada por uma pergunta direta (Resposta 6):

"Você está ligado neles?"

O entrevistador evita a resposta direta e enfatiza que quer compreender os sentimentos de Kevin.

7. P: Quero compreender como eles o aborrecem, como chegam até você.

R: O modo como olham para você, a maneira como não falam com você.

8. P: Já lhe aconteceu de ouvi-los, mesmo quando estavam longe?

R: Não, na realidade, não.

9. P: Você já ouviu vozes?

R: Os meus próprios pensamentos, eu os penso em palavras. Imagino como soariam se eu os falasse em voz alta. Existe a qualidade do som nos pensamentos. Os pensamentos vão além das pessoas. Eles se interconectam e sobrevivem.

10. P: Você tem acesso a esses pensamentos interconectados? Está familiarizado com as experiências de percepção extra-sensorial?

R: Posso senti-los, posso sentir os pensamentos hostis dos problemas de caráter.

11. P: Conte-me sobre esses problemas de caráter! Quem são eles?

R: Essas pessoas que lhe impõem os seus pensamentos — você as encontra em toda parte. Aqueles idiotas insensíveis e sem consideração.

12. P: Você pensa que eles são como uma fraternidade? Que se juntam e conspiram contra você?

R: Não, não são como uma conspiração — mais aqui e ali, você sabe, simplesmente como pessoas que você conhece e que não gosta. Não acho que estejam organizados. É mais como um jogo mental.

Depois de ter achado o entrevistador receptivo, Kevin comunica livremente suas percepções. A atitude do entrevistador em relação aos pontos de vista bizarros do paciente é semelhante à posição tomada em relação às alucinações e aos delírios (ver Capítulo 4); ele assume a posição que tomaria se estivesse entrevistando um astronauta que tivesse visitado um planeta distante. O que o paciente descreve foi certamente a sua experiência, mesmo que não seja imediatamente verificável pelo ouvinte.

2. EMOCIONALIDADE EXAGERADA E DRAMÁTICA — GRUPO B

Os quatro transtornos de personalidade no Grupo B são a personalidade anti-social, a *borderline*, a histeriônica e a narcisista. O estado mental de um paciente que pertence ao Grupo B impressiona pelas manifestações emocionais erráticas, exageradas, dramáticas e aparentemente não-genuínas, com um afeto colorido. Na maior parte do tempo, o paciente não tem consciência de sua afetação ou inadequação. Sua fala costuma ser fluente, mas muitas vezes vaga e evasiva. Frequentemente é pego em contradições. Pretende impressionar por meio de seu comportamento, mais do que por meio da revelação de seus problemas ou de seu sofrimento.

Em termos superficiais, esse tipo de paciente é fácil de entrevistar. As perguntas abertas costumam levar a longas respostas carregadas de um colorido emocional e acompanhadas de sorrisos e metáforas. Você precisa lhe pedir para especificar, para restringir, precisa refrear o fluxo e dar uma direção. Habitualmente, não se irrita com transições acentuadas ou abruptas, mas se sente facilmente prejudicado e enraivecido com as interpretações.

Contudo, por causa de sua emocionalidade superficialmente exagerada e de seu desejo de impressioná-lo, é difícil estabelecer a comunicação durante a entrevista. O paciente parece não estar sendo sincero com você. Ele pode ameaçar, queixar-se, suplicar, flertar ou provocar. É difícil para o terapeuta (e para ele) chegar ao contato com seus verdadeiros sentimentos, que parecem escondidos atrás da manifestação emocional. O estado mental e o tipo de comunicação alertam para o transtorno de personalidade do Grupo B.

Mentiras no transtorno de personalidade anti-social

Os pacientes com personalidade anti-social (sociopatas) raramente consultam um profissional da saúde mental por problemas de conduta. Em vez disso, chegam até você para desintoxicação alcoólica, para conseguir um atestado como desculpa por falta ao trabalho, para obter estimulantes ou hipnóticos sedativos (drogas valorizadas nas ruas), ou após haver cometido um crime, no intuito de evitar a prisão alegando um transtorno mental. A proporção de ocorrência entre homens e mulheres é de 3:1.

Comunicação: A comunicação com esse paciente é um problema. É fácil falar com ele enquanto você jogar o seu jogo, mas ele começará a criticá-lo e a ficar irritado caso você resista às suas manipulações. É difícil levá-lo a enfocar os déficits, como sua falta de controle emocional e

de disposição a agir com responsabilidade, ou a considerar as consequências negativas de sua conduta. Essa falta de sinceridade e autenticidade impede a comunicação. Se ele o percebe como uma figura de autoridade, vai protestar de forma clandestina ou mesmo aberta contra você.

Afirma-se que a pessoa com transtorno de personalidade anti-social não tem senso de sofrimento. Costuma não sentir remorso por mentir, roubar, ter explosões de raiva ou ferir os outros, mas pode ser levada a se dar conta do fato de que nada está dando certo para ela e que está arruinando sua própria vida. O terapeuta pode estabelecer a comunicação e revisar as dificuldades do paciente livre das mentiras e das distorções quando mostrar empatia pelas consequências de sua conduta e por seus fracassos:

"Concordo que você tem tido uma boa parcela de problemas. Talvez nós possamos encontrar um modo de prevenir isso no futuro, descobrindo de que maneira as coisas dão errado."

Quando sente que o entrevistador é um aliado que não censura, não julga ou castiga, mas que apóia seus objetivos construtivos e mostra compreensão por sua incapacidade para obedecer as regras e os regulamentos, talvez possa começar a formar uma aliança terapêutica e a se tornar cooperativo, dependente, confiável e disposto a ser franco com o terapeuta. Então é temporariamente possível discutir como parte de seu transtorno, sua necessidade de impressionar, sua incapacidade de postergar a gratificação, sua falta de controle dos impulsos e de confiabilidade, sua tendência a mentir, roubar e trapacear. Entretanto, é raro que o paciente sociopata tente sinceramente alterar a sua conduta.

Técnica: Suas roupas (ver adiante: Estado mental) podem ser o ponto de partida para a conversação. Peça ao paciente para discutir sua oposição em concordar com as regras sociais. Ainda que ele possa estar buscando ajuda para o seu problema com o alcoolismo, o abuso de substâncias ou a depressão, seu estado mental pode servir como um tema introdutório.

O paciente com personalidade anti-social gosta de atenção. Costuma se gabar e contar mentiras para conseguir atenção. Ele brilha sob os refletores. Sua capacidade de atenção costuma ser pequena, e na sua busca de gratificação não há lugar para a espera. Você consegue fazê-lo falar se o encoraja a se exhibir e a se vangloriar, como nos exemplos a seguir:

"Você é um vendedor e tanto!"

"Que grande artista que você é!"

"Você parece capaz de fazer as pessoas aceitarem qualquer coisa."

"Você era um grande lutador?"

Tais comentários vão estimulá-lo a expor suas conquistas. A tendência da pessoa com transtorno de personalidade anti-social para mentir e trapacear vai distorcer as suas histórias. Se ele fala livremente, evite um tom que possa soar como crítico ou acusatório, de forma a não perder a sua cooperação. Não aprove os seus crimes. Aceite que se vanglorie, mas, ao mesmo tempo, explore as consequências negativas de suas ações.

Se o paciente não for cooperativo, não estiver disposto a responder às perguntas ou se adotar uma postura queixosa ou hostil, retire sua atenção, manifeste indiferença e comece a encerrar a entrevista:

"Você não parece disposto a discutir seus problemas agora. Talvez nós possamos abordá-los melhor em outro momento."

Seja vago quanto ao "outro momento", talvez vários dias "mais adiante". Dado o fato de que os pacientes com personalidade anti-social têm uma capacidade de atenção muito limitada, ele pode rapidamente mudar de atitude.

Uma tática semelhante é oferecer assistência por parte de alguém de um nível hierárquico inferior:

"Talvez você prefira conversar com o estudante de medicina (ou o auxiliar) — depois ele pode me contar o que é que o está perturbando."

Se o paciente estiver sendo entrevistado na frente do corpo clínico, ofereça a possibilidade de liberar o corpo clínico para poder entrevistá-lo sozinho. Habitualmente, a perda da audiência é dolorosa para ele, e ele pode prontamente se tornar cooperativo.

Se um paciente com transtorno de personalidade anti-social e transtorno afetivo se torna homicida ou suicida, mas não está disposto a cooperar com a avaliação ou o plano de tratamento, coloque limites à força logo de saída:

"Quero que você escreva uma carta para a administração do hospital agora mesmo, de forma que eu possa dar início aos procedimentos para interná-lo."

Estado mental: Os pacientes anti-sociais de classe econômica mais baixa habitualmente tentam causar uma impressão rápida por meio de sua aparência e de seu comportamento. O paciente homem pode tentar parecer muito masculino, e a mulher com transtorno de personalidade anti-social pode tentar parecer sedutora e feminina. Ao contrário, ambos podem ter aparência negligente e desleixada, mostrando desprezo ou falta de interesse pelas regras sociais.

O comportamento motor, a fala e o humor dos pacientes sociopatas revelam algumas características comuns,

dependendo se querem parecer confiantes e descontraídos, sensuais ou masculinos, ou se querem passar a impressão de que “não estão nem aí”.

A fala pode revelar afetação, impetuosidade ou — nos homens — uma certa aspereza, numa tentativa de impressionar ou parecer esperto, com uma linguagem de baixo calão ou palavras que ele quase nem entende. As suas declarações raramente são claras, detalhadas ou informativas, mas, ao contrário, são exageradas, vagas e contraditórias, o que sugere que sejam mentirosas.

Seu humor pode ser irritável, deprimido ou eufórico. Pode retratar um estado emocional especial, como a modéstia, o qual você logo reconhecerá como uma mera fachada para colocá-lo a seu favor e alcançar seus objetivos. Habitualmente, mostra falta de controle emocional quando é pego mentindo ou é solicitado a seguir regras.

O *insight* da pessoa com transtorno de personalidade anti-social pode ser limitado. Pode ter a tendência a responsabilizar o ambiente por seu fracasso. Entretanto, quando você realmente consegue se comunicar com ele, talvez admita que arruinou a própria vida com sua conduta autodestrutiva. O juízo crítico também costuma ser fraco. Superficialmente, ele pode ser capaz de ler corretamente as expectativas sociais, mas raramente é capaz de aceitar as expectativas como justificadas e é, portanto, incapaz de concordar ou se submeter a elas. A pessoa com transtorno de personalidade anti-social tampouco sente remorso, o que lhe permite usar atalhos antiéticos na perseguição de seus objetivos.

Diagnóstico: O processo diagnóstico é simples, uma vez levantada a suspeita de transtorno de personalidade anti-social. Tudo o que é necessário é estabelecer a comunicação e coletar uma lista de infrações adolescentes e no início da idade adulta contra os padrões e leis sociais com questões como:

“Você teve problemas de disciplina na escola? No serviço militar? Você teve problemas com a lei? E no trabalho?”

Eis aqui uma entrevista com Brewster B., um homem branco de 26 anos de idade, que foi levado por dois amigos para um hospital da Administração dos Veteranos. Eles o haviam encontrado com uma arma de cano curto em sua mão apontada para a própria boca cheia de água. Ele estava puxando o gatilho. A arma não disparou, porque estava com o sistema de segurança acionado, e eles precisaram entrar numa luta corporal com ele para conseguir tirar-lhe a arma.

1. P: O residente que fez a sua internação me contou o que você estava a ponto de fazer. Parece que você queria mesmo ir até o fim.

- R: Você está certíssimo. Eles tinham boa intenção, mas gostaria que aqueles babacas tivessem me deixado fazer o que eu ia fazer.
2. P: Por que você queria atirar em si mesmo?
- R: Meu melhor amigo foi baleado em uma das lutas de rua que nós tivemos em L. Ele foi enterrado dois dias atrás. Eu me senti muito mal.
3. P: Você se sentiu muito mal?
- R: Eu o decepcionei. Fui um verdadeiro asno. E o trai.
4. P: Em que sentido você o traiu?
- R: Eu transei com a mãe dele. Pode imaginar isso? Meu melhor amigo... e eu a levo para a cama. Ele confiava em mim, completamente. Sou tão idiota assim!
5. P: Você está realmente decepcionado consigo mesmo.
- R: Você não está brincando. Céus, que cara esperto! (praguejando contra o médico)
6. P: Bem, vamos continuar.
- R: Escute aqui, doutor, estou cansado de conversar com você. Pode dar o fora.
7. P: Certo. Você pode conversar com o residente. Voltarei na segunda.
- R: Dane-se.
8. P: Bem, não posso ajudá-lo se você não quer conversar comigo.
- R: Escute, doutor. Em primeiro lugar, eu não queria ter vindo para cá. Só quero que me deixem sair deste buraco.
9. P: De maneira nenhuma. Você tentou se matar. Nós temos que avaliá-lo.
- R: Eu quero assinar a minha saída.
10. P: Você pode escrever uma carta para o chefe da clínica solicitando a sua liberação, mas posso lhe adiantar o que vai acontecer.
- R: O quê?
11. P: Nós teremos que interná-lo. Na opinião do grupo clínico, você é um perigo para si mesmo. Pode sofrer de depressão, e eu concordo com eles. Então, eu o verei na segunda. Espero que esteja se sentindo melhor.
- R: Porra, doutor, eu não quero ficar sentado aqui todo o fim de semana simplesmente esperando você voltar. Vamos terminar logo com isso.
12. P: Certo.
- R: O que é que você quer saber?
13. P: Eu realmente não quero saber nada.
- R: Que merda de papo é esse?
14. P: Eu realmente quero entender como você se meteu nessa confusão. O que o deixou tão chateado?
- R: Bem, eu arruínei toda a minha vida. Simplesmente nada dá certo. Não consigo fazer nada de útil.

15. P: Você não está trabalhando?
- R: Não. Bem, eu sou militar reformado. Eles me deram dispensa médica, disseram que tenho esquizofrenia.
16. P: Como foi que isso aconteceu?
- R: Eu estava num navio. Estava sempre na lista negra. Eles me mandaram esfregar o convés. Dei um passo em falso, rolei a escada, devo ter batido a cabeça. Desmaiei. Depois disso, disse a eles que tinha umas dores de cabeça de rebentar. Não conseguia me concentrar. Eles não me liberavam, então tomei uma bebida e meti o meu jipe contra um poste de luz. Então me mandaram para um psiquiatra. Eu lhe disse que ouvia a voz do meu avô morto dizendo que eu devia me matar. Funcionou. O psiquiatra disse que tenho esquizofrenia e que não tem lugar para mim no serviço militar. Portanto, tenho 26 anos e já tenho uma bela pensão.
17. P: Você consegue se sustentar com ela?
- R: Acho que conseguiria sim. Se arranjar um apartamento no gueto e me alimentar só de *fast food*, acho que consigo, sim.
18. P: Como é que você vive?
- R: Você tem que saber tudo isso?
19. P: Não tenho nenhuma idéia a respeito do que é que está incomodando você.
- R: Bem, vivo com uma gangue de motoqueiros. São os únicos amigos que eu tenho.
20. P: Você quer dizer que anda com eles todo o tempo?
- R: É. A gente está parando num *camping* para *trailers*.
21. P: Sério?
- R: Isso é confidencial, não é?
22. P: É confidencial.
- R: A gente sai e faz uns servicinhos.
23. P: Como é que é isso?
- R: Nós rondamos *shopping centers*. A gente espera até que todo mundo saia e então entramos. Pegamos o gerente — ele costuma ser o último a sair — e o fazemos entregar o dinheiro. Mas primeiro fazemos o cara implorar. A gente manda ele ficar de joelhos, encosta a pistola na cabeça dele e joga um pouco de roleta-russa com o cara — clique, clique. (ri)
24. P: Você parece ser um desses caras durões.
- R: Pode acreditar. É a única coisa que me diverte, ver um cara se mijar nas calças e implorar para a gente. A gente diz para ele que, se ele fizer tudo direitinho, nós podemos liberá-lo. Então a gente permite que ele pague pela vida dele, pega o seu dinheiro, chuta ele no traseiro e se escapa correndo.
25. P: Você não tem medo de ser pego?
- R: Ah, não. Nós assustamos o cara. Dizemos que, se ele abrir aquela maldita boca, algum de nós vai voltar. Dizemos que a gente sabe onde ele mora, que não vamos apagar só ele, mas toda a sua família de merda. Ele entende. A polícia está ocupada multando as mães que buscam os filhos na escola — eles não vão fazer nada. Eles só vão atrás do que é fácil.
26. P: Sempre foi assim que você se divertiu?
- R: O que é que você quer dizer?
27. P: O que você fazia na escola?
- R: Bem, meu pai era coronel no exército e minha mãe era uma oficial de reabilitação. (ri) Eles me surravam a mais não poder.
28. P: Você teve algum problema na escola?
- R: Não. Nós vivíamos na base. Nós nos mudávamos bastante.
29. P: Na escola, você era um bom lutador?
- R: Bem, eu era capaz de dar umas boas pauladas.
30. P: É mesmo?
- R: Sim.
31. P: E alguma vez você fez isso?
- R: Eu bati no assistente do treinador de beisebol com o meu bastão. Ele foi acordar no hospital.
32. P: E o que foi que a escola fez?
- R: Nada de mais. Eles me suspenderam, mas o meu pai conseguiu que me aceitassem de volta. Então logo nós nos mudamos para uma outra base.
33. P: Você teve algum outro problema como esse?
- R: Um dos guris era realmente um metido. Eu dei um jeito nele. Quebrei os dentes dele a socos. Acho que isso lhe ensinou alguma coisa.
34. P: Você teve algum problema por causa disso?
- R: O pai dele quis começar alguma coisa, mas o meu pai colocou o seu uniforme e foi até a casa dele. Disse a ele que mandasse o filho dele parar de provocar as pessoas, e que tinha me dito que eu devia me defender sozinho se alguém se atravessasse comigo. E foi assim que eu fiz. Os professores me queriam fora da escola, mas o meu pai botou eles em seu lugar.
35. P: E como é que você está se dando com o seu pai agora?
- R: Agora ele não quer ter mais nada a ver comigo. Eu me meti em uns problemas e acabei fugindo. Eu me alistei na Marinha. Menti a respeito da data do meu nascimento. Eles me mandaram direto para o Vietnã.
36. P: E como você se saiu no serviço da Marinha?
- R: Eu me diverti muito em Saigon. Tínhamos maco-nha, *speed* e heroína, tudo. E trepávamos sem parar com aquelas guriázinhas. A gente pegava

*Speed: droga ilícita, excitante, vendida nas ruas, nos Estados Unidos.

alguma coisa da Marinha e vendia. Sem problemas. A gente sempre tinha dinheiro. Mas na volta foi uma merda.

37. P: O que você tentou fazer aqui?
R: Tentei trabalhar como caminhoneiro. Entrei numa discussão. Tentei trabalhar como mergulhador, mas tudo me chateia.
38. P: E agora?
R: Agora estou farto.
39. P: Você realmente queria puxar o gatilho?
R: Acho que sim, mas enganei os dois. Eu sabia que a trava de segurança estava puxada. Mas eles ficaram assustados.
40. P: Então você realmente queria que eles o trouxessem aqui?
R: Acho que sim, deve ser.
41. P: Então você realmente queria fazer algo a respeito de seus problemas?
R: Acho que sim.
42. P: Entendo.
R: Estou acabando com a minha vida. Não posso continuar assim. Não tenho nada para esperar da vida assim. Não posso viver só para me divertir. Preciso crescer.
43. P: Isso quer dizer que você espera obter mais da vida?
R: É.
44. P: Vamos conversar sobre isso. Você vai ser honesto comigo?
R: Veremos.
45. P: Certo. Vamos ver. Quero saber sobre as vozes.
R: Droga, apliquei uma nesse palhaço.
46. P: Mesmo?
R: Eu sei o bastante de psicologia para enrolar qualquer aprendiz de Freud. Eu fingi. Só queria sair de lá. Esse psiquiatra de merda nem percebeu.
47. P: Certo.
R: O que você acha que há de errado comigo?
48. P: Bem, você não se importa com as regras, você não se importa de mentir, você não se importa de trapaçar. Você vive na base do impulso. Quando fica zangado, você simplesmente enlouquece.

No início, Brewster parece irritado, mas cooperativo. Demonstrar empatia parece funcionar. Entretanto, na Questão 5, ele começa a testar a capacidade do entrevistador de controlar a situação. Quando o entrevistador estabelece limites firmes (Perguntas 7 e de 9 a 11), Brewster volta a cooperar. O entrevistador expressa interesse nele e na maneira pela qual entra em dificuldades (Pergunta 14). O paciente se torna disposto a discutir os seus problemas — às vezes de maneira mesmo sincera. Por fim, ele se abre com o entrevistador, abandona a demons-

tração turbulenta de raiva e conta sobre o seu sofrimento recente, começando com a Resposta 14.

Labilidade no transtorno de personalidade *borderline*

Comunicação: O paciente com transtorno de personalidade *borderline* apresenta uma resistência especial à comunicação pela instabilidade de seu humor, de seus objetivos e no seu modo de se relacionar com o entrevistador. Pode mostrar emoções intensas e então, inesperadamente, trocar o tom afetivo. Pode parecer confiar e gostar de você, e lhe dizer que você é o melhor médico que ele já teve. Então, ele reverte seu julgamento quando acredita sentir que lhe falta seu apoio e sua compreensão.

O terapeuta pode manejar a comunicação com um paciente com personalidade *borderline*, enfocando com empatia o problema da sua instabilidade. Procure separá-la como uma parte patológica que necessita ser investigada para o benefício do paciente. No entanto, já que a labilidade nos sentimentos, no juízo e nos objetivos também afeta o seu relacionamento com você, é difícil manter sua instabilidade como o foco da entrevista. Para neutralizar a influência negativa na comunicação, talvez seja necessário voltar a esse ponto muitas e muitas vezes. Quando você demonstra que reconhece a instabilidade, o paciente pode se tornar mais disposto a se abrir, ampliando, assim, a comunicação.

Técnica: É difícil manter o paciente em um determinado assunto, tendo que ser dirigido, encorajado a que insista num tópico, com comentários de apoio, e refreado em suas digressões. Ele pode contar-lhe a respeito de suas metas e então negar o que acaba de contar. Pode contar entusiasmado sobre seu novo relacionamento, para, no momento seguinte, desvalorizá-lo quando surge uma experiência desagradável no relacionamento.

Confronte-o com sua contradição, mas expresse compreensão quanto à natureza de seus sentimentos ambivalentes — o que parece bom e certo num momento pode parecer o contrário em outro.

O paciente com transtorno de personalidade *borderline* costuma falar de uma forma mais genuína se você lhe coloca perguntas abertas e o auxilia a aderir a um assunto, retraindo-o, mais do que se tentar conseguir respostas precisas por meio de questões fechadas e dirigidas.

Estado mental: A característica primordial no estado mental é o afeto intenso mas lábil. Varia de eufórico a deprimido, de apreciativo a irado e crítico. O afeto mostra uma relação próxima tanto com o conteúdo da histó-

ria do paciente quanto com o modo como ele experimenta o entrevistador. O afeto lábil corresponde à descrição do humor lábil, que pode ser abstraído dos relatos do paciente a respeito dos acontecimentos de sua vida.

A intensidade excessiva do afeto e do humor é impressionante. Diferentemente do transtorno de personalidade histriônica, no qual o afeto parece mais intensamente expresso do que sentido, o paciente com transtorno de personalidade *borderline* genuinamente experimenta intensos afetos e humores. O ar de impostura está ausente. Os investigadores descobriram que o paciente com transtorno de personalidade *borderline* mostra uma forte relação com aquele com transtorno bipolar e pode ser uma variante deste grupo. O humor e o afeto no transtorno bipolar também são intensos por natureza, mas não pela vontade do paciente.

A labilidade nas emoções persiste também na atitude social do paciente. A ambivalência intensa para com os amigos próximos leva a relatos contraditórios de suas características: são superidealizados ou desvalorizados. Já que um paciente com personalidade *borderline* não tem distância de seus intensos sentimentos, ele não tem *insight* sobre a fonte de suas dificuldades.

Diagnóstico: O processo diagnóstico é alimentado pelo relato do paciente de uma cadeia de intensos conflitos interpessoais, possivelmente um comportamento suicida ou automutilador, e por suas observações de seu estado mental. Tudo o que você tem a fazer é coletar as peças que completem o conjunto de critérios do DSM-IV-TR. A menos que você perturbe a entrevista com observações críticas ou de rejeição, não terá problemas com o diagnóstico.

Esta é uma entrevista com Janete, uma mulher branca de 29 anos, que demonstra instabilidade.

1. P: O que a traz aqui hoje?
R: Eles me mandaram aqui do serviço de emergência. Eu tinha tomado um excesso de Parnate e de remédios para gripe. Eles me deram soro, porque a minha pressão sanguínea estava muito alta.
2. P: O que a levou a tomar tanta medicação?
R: Eu tive uma discussão com o meu namorado — eu queria dar uma lição naquele filho da puta.
3. P: E como você poderia lhe dar uma lição se acabou no serviço de emergência?
R: Eu realmente não gosto das suas perguntas. São realmente bobas, me lembram do meu namorado.
4. P: Então você devia estar se sentindo realmente desesperada.
R: (sarcasticamente) E eu não deveria? Por que outra razão eu tomaria uma *overdose*?

5. P: Você poderia me contar um pouquinho sobre o que causou a discussão com o seu namorado?

R: Ah, foi só estupidez.

6. P: Como assim?

R: Isso realmente me cortou o coração, mas ele é capaz de ser tão querido em outros momentos. Nós compramos uma casa muito barata e a ajeitamos juntos para morar lá... (depois de uma pausa) Acho que deveria lhe telefonar. Ele provavelmente deve estar se perguntando o que está acontecendo.

7. P: Você estava me dizendo que tem essas discussões fortes com ele, e que estava pronta para lhe dar uma lição.

R: Talvez seja tudo culpa minha e eu não devesse ser tão impulsiva.

8. P: Você costuma ser impulsiva?

R: Ele traz à tona o pior em mim, mas ainda o amo muito.

9. P: Parece difícil para você discriminar esses sentimentos.

R: Você tocou exatamente no ponto certo. (sarcasticamente) Você deve ser um psiquiatra realmente muito bom.

Um gesto suicida ou uma tentativa de suicídio em uma mulher jovem sugere que um transtorno de personalidade *borderline* deve ser incluído no diagnóstico diferencial. Esta impressão diagnóstica fica corroborada no caso de Janete, pois a razão para a sua tentativa de suicídio não é o humor deprimido ou a culpa delirante, mas são a raiva e a vingança (Resposta 2).

Apesar das evidências favoráveis ao diagnóstico de personalidade *borderline*, o entrevistador comete um erro de técnica na Questão 3. Em vez de dar apoio e compreensão e dizer-lhe:

“Esse sujeito deve ter-lhe ferido muito para que você tenha sido levada ao ponto de uma *overdose*”,

o médico faz uma pergunta racional e crítica, e Janete o ataca violentamente na sua resposta. Quando o entrevistador tenta corrigir seu erro (Pergunta 4), expressando empatia, ela se mantém sarcástica.

Quando o entrevistador se abstém de declarações de apoio e, em vez disso, enfoca os fatos, Janete os fornece sem restrições. Enquanto reconstrói sua última discussão com o namorado, que a levou à *overdose*, ela surpreendentemente muda seus sentimentos a respeito do acontecimento. A expressão da sua raiva parece ter liberado seus sentimentos positivos em relação ao namorado, e ela mostra um acesso de culpa (Resposta 7). Quando o entrevistador busca o seu *insight* e faz uma interpretação implícita de que parece difícil para ela discriminar os

seus sentimentos, ela abandona o caminho do *insight*. Rejeita a interpretação do entrevistador com sarcasmo, demonstrando uma atitude defensiva contra encarar o sintoma nuclear do transtorno de sua personalidade.

Tendência à falsificação no transtorno de personalidade histriônica

Nos ambientes clínicos, o transtorno de personalidade histriônica é diagnosticado mais frequentemente em mulheres do que em homens. Avaliações estruturadas mostram uma proporção de 1:1 entre os gêneros.

Comunicação: Quando o terapeuta tenta estabelecer a comunicação, passa a lidar com uma emotividade exagerada e de pouca profundidade. Juntamente com as frequentes contradições na sua história, o paciente passa a impressão de que lhe falta sinceridade; parece um impostor. Devido a esta característica, o paciente pode ser hostilizado e desrespeitado.

Com um entrevistador masculino, a paciente histriônica gosta de flertar, para impressioná-lo com suas histórias de aventuras sexuais e para exibir seus atributos físicos de maneira sedutora. Com entrevistadoras do sexo feminino, pode dar início a uma rivalidade ou disputa de poder. Já que a paciente histriônica parece estar mais interessada em aprovação e admiração do que no relacionamento profissional, a comunicação fica prejudicada.

Técnica: É necessário superar a imprecisão e os exageros dramáticos do paciente para se obterem informações específicas para um diagnóstico. Perguntas abertas e não-estruturadas podem não funcionar, pois o paciente se dispersa e se perde, reproduzindo histórias nas quais foi vitimizado ou reverenciado. Portanto, eleja um tema principal, como um problema no casamento, um conflito no trabalho ou uma briga com os filhos, e o mantenha focado nesse tema, reafirmando e especificando. Obtenha exemplos concretos. Mesmo assim, você pode não conseguir um quadro claro, porque o paciente se contradiz. A confrontação com suas contradições costuma resultar em raiva e perda da comunicação. Para conseguir que reflita sobre seu comportamento, você tem que expressar compreensão e encorajamento. Utilize frases como:

"Você parece ser uma pessoa sensível."

"Você parece sentir que as outras pessoas não dão valor ao que você já passou na vida."

Quando o paciente expressa que se sente entendido por você, é possível perguntar:

"Como você acha que o seu cônjuge iria relatar o mesmo acontecimento?"

Comparando as duas percepções, você pode ajudá-lo a desenvolver uma melhor compreensão de seus conflitos e lhe propiciar algum *insight*. Este, no entanto, tem pouca duração.

Às vezes, o terapeuta pode auxiliá-lo a desenvolver *insight* quanto a seu comportamento, fazendo perguntas enfáticas. Quando você se coloca do lado dele, o paciente pode, às vezes, se sentir encorajado a admitir as suas deficiências. Tão logo sinta que a sua compreensão, empatia e apoio estão se perdendo, ele vai retornar à dramatização. A paciente histriônica experimentou, com frequência, muitas rejeições que não compreendeu. Ela tenta superar isso exagerando a sua dor, e esta tática costuma conquistar-lhe antes o desprezo do que a empatia.

Uma outra possibilidade é abordar o comportamento dramático exagerado a partir do ponto de vista da paciente, como, por exemplo:

"Parece-me que você tem dificuldade para fazer as pessoas entenderem o que está enfrentando. Você fala sobre os seus problemas, e elas simplesmente parecem não se importar. Eu acho que nós deveríamos tentar entender por que isso acontece dessa maneira."

Se houver insistência, a paciente pode se queixar de ser rejeitada e ridicularizada até mesmo por sua família. Ela pode admitir que quer ser amada, valorizada e admirada. Essas admissões a colocam mais próxima de seus verdadeiros sentimentos e lhe permitem superar a sua estratégia.

O próximo passo é induzir a paciente a contar-lhe as razões pelas quais ela é criticada. Isso pode levar a uma confissão de sua fraqueza. Nesse ponto, você já a ajudou temporariamente a superar a sua tendência à falsificação e à impostura — ao menos por um tempo.

Estado mental: O estado mental de um paciente histriônico é dominado pela manifestação de emocionalidade: expressões faciais vívidas, gestos dramáticos e uma voz altamente modulada. No entanto, ele pode ser interrompido e redirecionado para um tema diferente, o qual vai abordar da mesma maneira dramática. A sua tendência à distração difere daquela da mania, já que não há taquialia ou fuga de idéias (ver Glossário). O drama constante lhe dá a impressão de que ele, na realidade, não experimenta nenhum sentimento intenso. Sua forte manifestação de emoções existe para desfrutar do entrevistador, não como uma catarse para o paciente. Apesar das expressões faciais excessivas e dos gestos em abundância, ele não parece envolvido em sua própria história. O termo *la belle indifférence* foi adotado para essa distância emocional interna.

Diagnóstico: Assim como na maioria dos transtornos de personalidade, é o estado mental do paciente que vai alertá-lo para o diagnóstico. Quando você suspeitar de um transtorno de personalidade histriônica, convide o paciente a lhe contar como é seu relacionamento com as pessoas mais próximas. Já que costuma ter conflitos, por exemplo, com os pais, os filhos ou os cônjuges, vai relatar conflitos de uma vida inteira com eles. Frequentemente divide seus parentes em "os bons e os maus". Além do exagero típico do paciente com personalidade histriônica, você também vai encontrar traços passivo-agressivos e intensos sentimentos ambivalentes típicos de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*.

Esta é uma entrevista com Jane, uma mulher branca, de meia-idade, que tem conflitos conjugais crônicos.

1. M: Que tipo de problemas a traz aqui?

P: Antes de começarmos, deixe-me dizer uma coisa. Entendo que o senhor queria que eu fosse atendida por outro médico da clínica, mas eu queria o melhor. Foi por isso que insisti em consultar com o senhor.

2. M: Obrigado. O que a faz dizer que eu sou o melhor?

P: Bem, o senhor é o diretor da clínica, não é? E o doutor T., que me encaminhou para cá, disse que o senhor é especialista em problemas do sono.

3. M: Conte-me sobre os seus problemas de sono.

P: Ah!, é terrível. Tem noites inteiras em que não consigo dormir nada. Eu me mexo e me viro, e me levanto pela manhã sem ter pregado olho por nem um minuto a noite toda.

4. M: Isso só acontece em algumas noites?

P: Acontece quando tenho essas brigas terríveis, terríveis com o meu marido. Ele simplesmente me faz por pedaços. (gira os olhos para cima de maneira dramática)

5. M: Ele ou mais alguém nota o que a senhora está passando?

P: Eles não têm a mais pálida idéia. (sacode a cabeça com vigor) Posso gritar e berrar e eles ainda assim não entendem. (dá de ombros)

6. M: Quando vocês têm essas brigas, o seu humor fica afetado?

P: Eu tenho essas depressões devastadoras (olhando para o teto) e tenho que chorar o tempo todo.

7. M: E essas brigas são a respeito do quê?

P: Não tenho certeza. Qualquer coisa. Nós não fizemos sexo nos últimos quatro meses. Não posso entender como um homem pode ser tão cruel e odioso.

8. M: Estou com dificuldade para entender o que afinal causa as brigas com o seu marido.

P: Ele me critica e me deprecia. Ele me deixou mais de trinta vezes nos últimos anos.

9. M: Talvez você possa me dar um exemplo?

P: Bem, ele volta das suas viagens e acaba comigo.

10. M: Então as críticas dele são o principal problema?

P: Eu sofro tanto, de uma maneira tão terrível! Um homem delicado e refinado como o senhor provavelmente não consegue nem entender como um homem pode ser tão mau como o meu marido.

11. M: Talvez eu devesse ter a chance de falar com vocês dois.

P: Prefiro não fazer isso. Ele conta o seu lado da história de um jeito que faz qualquer um de bobo.

12. M: O que você acha que ele diria?

P: Simplesmente o mesmo de sempre, que eu não sou uma boa dona-de-casa, que não faço nada, que simplesmente fico sentada no meu traseiro, enquanto ele tem que fazer todo o trabalho. Ele vai dizer simplesmente isso.

13. M: Então ele fala das suas limitações. Acontece de ele alguma vez perguntar como você se sente e por que está tendo problemas para fazer suas tarefas?

P: Ele não tem compreensão desse tipo de coisa. É como se fosse feito de madeira, e parece tão frio! Estou ficando cansada com facilidade, e, quando descanso e olho televisão, o tempo passa voando e não consigo fazer o que tem que ser feito.

14. M: Entendo. Você acha então que ele tem certa razão?

P: O senhor está tomando o lado dele? Achei que eu fosse a sua paciente. Sou eu quem está sofrendo. Achei que o senhor tinha entendido isso.

15. M: Certo. Vamos começar a falar sobre os seus problemas, e falar com ele depois.

P: Bem, quando o senhor falar com ele, não vai acreditar como um homem pode ser tão detestável e tão mau.

16. Neste momento, você vê um futuro para o seu casamento?

P: Eu ainda o amo e aprecio a proximidade de quando nós fazemos sexo.

17. M: Bem, como você disse, isso não vem acontecendo já faz bastante tempo.

P: Ah!, foi agora na última sexta-feira. E algumas horas mais tarde, ele estava arrasando comigo.

18. M: Pensei que você não tinha tido intimidades com ele por muito tempo.

P: Por que é que o senhor usa tudo o que eu digo contra mim? O senhor não é capaz de entender? Eu queria dizer o tempo antes da última vez.

Muito embora Jane fale livremente, é difícil se obterem informações precisas. Inicialmente, ela não descreve

as circunstâncias das brigas com o marido, nem concorda que ele seja entrevistado. Expressa o seu sofrimento de uma forma exagerada, mas está relutante em fornecer os fatos. Quer que o entrevistador sinta pena dela; o mero fato de que ela sofre deveria ser uma razão suficiente para que ele se colocasse do seu lado.

A sua imprecisão é temporariamente superada quando o entrevistador lhe pede para projetar o que o seu marido relataria sobre ela. Mas, quando ele tenta investigar se as declarações do marido se justificam em parte, ela protesta. Prefere chafurdar em seu sofrimento em vez de analisar os seus problemas subjacentes.

Quando o entrevistador investiga se ela considera a possibilidade do divórcio, as suas necessidades de dependência emergem. Ela tem dificuldade em se virar sozinha e começa a enfatizar os aspectos positivos do marido. Assim, parece que a paciente está mais interessada em se queixar de seus problemas do que em resolvê-los.

Grandiosidade no transtorno de personalidade narcisista

Ao longo da entrevista, o paciente com personalidade narcisista lhe dá o sentimento de que você está lá para corroborar sua importância autopromovida. Na medida em que você entra no jogo, será idealizado como um entrevistador maravilhoso. Contudo, se você apoiar a sua autopercepção grandiosa, não o auxiliará a testar suas idéias de grandeza contra a realidade da vida cotidiana. Ainda assim, ajudar o paciente a reconhecer os seus limites despedaça o seu ego inflado.

Para você, a grandiosidade está em marcante contraste com a realidade, mas o paciente não tem *insight* para reconhecer a diferença entre o seu *self* sadio e suas tendências patológicas. A aliança entre você e a parte sadia do paciente não é possível, pois sua falta de *insight* impede a comunicação.

Eis aqui uma entrevista com Henry, um psiquiatra infantil no departamento de pediatria no leste.

1. M: Oi, Henry.

P: Antes que você diga qualquer coisa, deixe-me dar-lhe uma idéia dos antecedentes da minha visita. Estou aqui para discutir com você, como uma pessoa inteligente e instruída, alguns dos problemas com os quais venho lidando com idiotas totalmente incompetentes para fazer um diagnóstico. Deveríamos chamá-los de técnicos médicos: eles não chegam à essência do problema com o qual estão tratando. Nós temos um conflito de longa data, que agora está vindo à tona. Mesmo depois de eu ter publicado o meu livro, ainda colocam em dúvida a minha experiência nesse campo. Tenho que

tomar uma decisão quanto a se tenho que abandonar a clínica que apóia esses imbecis ou tentar conseguir que eles sejam despedidos.

2. M: O que é que a dra. L. (diretora da clínica) pensa sobre isso?

P: Já discuti isso com ela várias vezes. Eu a pressionei para dar um ultimato. Consegui que chorasse, mas ela é incapaz de tomar as decisões necessárias.

3. M: Quem são os médicos com quem você tem conflitos?

P: Vários pediatras na minha clínica. Eles não têm compreensão clínica nenhuma. Seu julgamento com respeito à fidelidade das crianças molestadas é simples e horrivelmente equivocado.

4. M: Como assim?

P: Como psiquiatra forense de crianças e adolescentes, tenho a experiência que me permite decidir se uma criança está mentindo ou não. Mas tudo com o que eles se preocupam são evidências factuais: a criança tem um transtorno de conduta, ou abuso de drogas? Intuição, reconhecimento de defesas ou entendimento da dinâmica da família lhes escapam completamente.

5. M: Bem, Henry. Não estou atualizado nesse campo. Talvez você possa me dizer em que tipo de critérios você baseia a fidelidade de uma criança.

P: Isso é tão óbvio! Estou surpreso que você me faça essa pergunta. Você não leu o meu livro? Eu lhe mandei uma cópia. Você realmente espera que eu lhe ensine os fundamentos agora?

6. M: Bem, já que uma das suas discussões com os seus colegas se centra em torno da fidelidade do testemunho, gostaria de saber como você aborda a questão.

P: Deixe-me lhe dizer uma coisa. Vou-lhe dar seis critérios: experiência, experiência, experiência, conhecimento, compreensão e julgamento clínico. O que você acha disso? Acredito que não se sente muito bem com a sua obsessividade.

7. M: Ora vamos, Henry. Você pode fazer melhor do que isso.

P: Você realmente perdeu o seu toque clínico desde que se afastou da psicanálise. O seu treinamento em neurologia levou o que havia de melhor em você. Acho que não adianta mais conversar com você!

8. M: Certo, Henry. Acho que não estou ajudando você. Parece que os pediatras realmente não percebem as suas contribuições.

P: Agora você está entendendo.

9. M: Eu gostaria de saber por que você acha que eles não compreendem você!

P: Eu lhe disse! É a sua burrice!

10. M: Ok, se isso está certo, existe alguma coisa que você possa fazer para melhorar as coisas?

P: Escute, não passe a responsabilidade para mim. Quem você pensa que eu sou? Você sabe que eu já lidei com todo o tipo de pessoas, que podiam não ser as mais espertas, mas, ao menos, tinham intuição e presença de espírito. Você realmente não espera que eu me rebaixe ao nível deles e me preocupe com o que o pediatra pensa!

11. M: Bem, depende dos seus objetivos.

P: O que é que você quer dizer? Eu não estou em julgamento aqui. Você sempre aponta para mim. Obrigado, mas não, obrigado!

12. M: Vamos lá, Henry, nós somos amigos, eu quero ajudá-lo a descobrir o que está indo mal! Você quer mostrar-lhes quão ignorantes eles são ou quer tornar claro o seu raciocínio diagnóstico?

P: Droga... Não estou gostando desta conversa. Vamos esquecê-la.

13. M: Bem, Henry, você parece se sentir insultado e mal-compreendido.

P: E é verdade. Eles pensam que, por serem pediatras, têm algo mais do que eu. E você parece estar do lado deles também, simplesmente porque pensam que são médicos de verdade, como você também parece pensar. Talvez você tenha feito a coisa certa indo para a neurologia. A próxima vez eu farei o mesmo. (seus olhos se enchem de lágrimas) Você não acredita o quanto eu tenho sofrido nesse departamento. Por falar nisso, você conhece Rick D., o cirurgião? Nós dois estamos de olho na mesma estudante de enfermagem. Ela é uma gracinha. Você ainda está dando conferências?

14. M: Poucas. Por que você pergunta?

P: Se você conhece alguém que precisa de um palestrante, eu gostaria... você pode me recomendar.

Esta entrevista mostra como um paciente com transtorno de personalidade narcisista tenta manter a sua auto-importância à luz de uma realidade adversa. As tentativas do entrevistador de fazer com que Henry revise o seu comportamento são atropeladas. Quando o entrevistador expressa empatia por suas repercussões (devidas a suas distorções grandiosas), o paciente se abate brevemente, mas procura recuperar a pose, se gabando de seus sucessos amorosos.

Assim como em outros transtornos de personalidade, uma abordagem empática do objetivo narcisista, como:

"Você só se sente digno quando se convence a si mesmo e aos outros de que é o máximo.",

ou a empatia pelas consequências do comportamento narcisista, como:

"Observe que você está sofrendo. Vamos descobrir como isso acontece e como podemos evitá-lo.",

pode possibilitar ao paciente considerar apenas temporariamente o comportamento narcisista como a causa de seus problemas. Habitualmente, a cada *insight*, se segue uma reparação grandiosa de sua imagem despedaçada.

3. ANSIEDADE E TENDÊNCIA À SUBMISSÃO — GRUPO C

Três transtornos de personalidade caem no Grupo C: a esQUIVA, a dependente e a obsessivo-compulsiva. O estado mental de um paciente no Grupo C é dominado por um afeto ansioso, tenso e disfórico. Ele se preocupa sobre se você o aceita. Sua fala é supercontrolada e ele pesa cada palavra para evitar erros. Os pacientes com transtornos de personalidade do Grupo C têm mais *insight* quanto ao seu comportamento do que os pacientes dos Grupos A ou B — a ansiedade produz autoconhecimento e autoconsciência.

A comunicação se desenvolve ao longo de um padrão específico. O paciente o examina de perto para descobrir o que você pensa sobre ele. Se achar que é capaz de apoiá-lo, que é receptivo, acolhedor e não faz exigências, tentará superar sua ansiedade, fazendo reverência à sua autoridade. Poderá elogiá-lo, pedir sua orientação, enaltecê-lo como especialista e dizer-lhe o que ele pensa que você quer ouvir. Ele adere a você e espera que tome conta dele. A comunicação se tornará tendenciosa.

Um dos transtornos de personalidade do Grupo C é mais difícil de entrevistar: a personalidade obsessivo-compulsiva. À medida que a entrevista progride, o terapeuta pode descobrir que isso foi apenas um sinal de reverência que o paciente lhe concedeu. Depois de responder com empatia e agir de forma protetora em relação a ele, o seu ressentimento começará a se manifestar. Escapam os gestos e as observações que indicam relutância em cooperar. Ele pode fazer perguntas para investigá-lo e expor suas inadequações. Passa a sentir que o entrevistador não é digno ou poderoso o bastante para justificar sua ansiedade inicial, e pode se ressentir de sua submissão e dispensá-lo. Vamos discutir técnicas especiais para a entrevista de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.

Hipersensibilidade no transtorno de personalidade esQUIVA

Comunicação: Com o paciente com transtorno de personalidade esQUIVA, a reserva ansiosa e a reticência podem ser abordadas com o reassseguramento e a empa-

tia. Evite a confrontação, pois ele poderá interpretar como crítica. Em vez disso, expresse uma compreensão empática pelo seu sofrimento, que pode encorajá-lo a compartilhar as suas torturas passadas e os seus temores antecipatórios presentes. Se o paciente sente que você compreende sua sensibilidade e é protetor com ele, vai confiar e cooperar. O resultado será a comunicação. Depois que se sente aceito e seguro, o caráter da entrevista muda dramaticamente. Ele pode se tornar explicitamente detalhado, dando exemplos dos problemas sociais que vem sofrendo e lhe relatar a revivência de seus traumas.

Técnica: Após o estabelecimento da comunicação, o paciente é fácil de ser entrevistado. Ele se sente aliviado quando pode descrever os temores sociais de ser criticado e rejeitado, pois sente a sua empatia. Pode experimentar esses temores de se sentir constrangido como bobos, e expressar isso. Contudo, se você se identificar com esta posição, ele pode se sentir ridicularizado e criticado, e se retrair novamente.

Estado mental: A personalidade esquiva inicialmente mostra retraimento, e esta característica domina o estado mental. Ela é monossilábica, vaga e circunstancial. Inicialmente, pode parecer desconfiada e paranóide, ou ansiosa e fóbica, mas destituída de sintomas claros dos transtornos clínicos do DSM-IV-TR. Depois que se sente confortável com você e desenvolve confiança, pode revelar sua sensibilidade quanto a ser mal-compreendida e a tendência a ser facilmente ferida por críticas ou desaprovção. Pode então discutir seu medo de rejeição e comportamento inadequado.

Diagnóstico: A ansiedade e o afeto restrito do paciente, no início da entrevista, costumam atrair a atenção do entrevistador — pistas iniciais. Se ele se abre, a entrevista diagnóstica segue as fases padrão (ver Capítulo 7).

Donna, uma mulher solteira, branca, de 27 anos, nunca tinha estado em tratamento. Quando entrou no consultório, sentou-se e colocou as mãos sobre os joelhos e então deixou a cabeça pender de modo sombrio. Recusou o café, sacudindo a cabeça e murmurando "não". Parecia especialmente tensa. O entrevistador decidiu — já que a conversa inicial parecia torná-la ainda mais desconfortável — perguntar pela queixa principal.

1. P: Talvez você possa me dizer que tipo de problema a traz aqui... (pausa) Sobre o que é que você gostaria de falar?
R: (em silêncio, olhando para baixo, para as mãos, com uma expressão tensa no rosto, e então olhando de volta para o entrevistador)

2. P: Como é que você pensa que eu posso ajudá-la?
R: Não sei.
3. P: Talvez você possa me dizer o que é que a está incomodando.
R: (olha para baixo e balança a cabeça) As pessoas, eu acho.
4. P: (em silêncio, olhando para ela)
R: (ficando mais tensa e ainda olhando para baixo, para o seu colo)
5. P: (em uma voz suave para acalmá-la) As pessoas? O que têm as pessoas?
R: Não sei realmente dizer.
6. P: Você parece assustada com as pessoas.
R: (aprova com um movimento da cabeça)
7. P: O que a faz ter medo das pessoas?
R: Não sei. Sinto como se elas estivessem me cercando.
P: Você sente que elas querem lhe fazer mal?
R: Não, na realidade não me fazer mal. Elas são tão barulhentas e ousadas; elas me deixam paralisada.
9. P: Entendo. Você sente que elas podem atrapalhar a qualquer momento; elas a cercam, obstruem e esmagam... (permanece em silêncio) É assim que você se sente?
R: Bastante próximo.
10. P: Existe alguém em especial?
R: O irmão do meu pai. Ele vem, me puxa para um lado e ri de mim. Eu escuto todo o tempo: "Vamos lá, Donna, sai daí, Donna, isso é loucura, Donna, você não é nada prática, Donna, droga, dê um jeito na sua vida, Donna, e decida o que quer fazer". (sacode seu corpo inteiro) Eu não suporto isso. Tenho vontade de me esconder no meu quarto.
11. P: Você deve passar por isso um monte de vezes.
R: (suspira) É... é, de fato. (pela primeira vez olha para o entrevistador e estabelece o contato visual)
12. P: Há quanto tempo isso vem incomodando você?
R: Desde quando eu consigo me lembrar. Meu passado está cheio de feridas.
13. P: A escola deve ter sido um inferno para você.
R: Ah!, foi. Eu me lembro de quando eu tinha escrito um poema, e a professora me fez lê-lo para a classe.
14. P: O que foi que aconteceu?
R: Eu não queria ler. Estava envergonhada de ter escrito um poema.
15. P: A professora compreendeu e ajudou você?
R: Ela me disse que eu poderia ficar na minha cadeira e ler dali mesmo, foi horrível.
16. P: O que foi horrível?
R: Quando comecei a ler, as crianças na frente gritaram: "Leia mais alto, nós não conseguimos ouvir!" Eu comecei a engolir, por fim, a professora

tomou o poema e o leu. Toda a classe riu. Eu jurei que nunca mais escreveria um poema.

17. P: Você é sensível. Tudo a atinge profundamente.
R: Parece que eu sou sensível demais.
18. P: Isso faz com que seja difícil para você falar abertamente.
R: Eu morro antes de abrir a boca ante um monte de gente novamente.

O entrevistador precisa de oito perguntas para juntar as partes da queixa principal de Donna. A comunicação se estabelece com as Perguntas 9 e 11; a Pergunta 9 expressa a compreensão cognitiva, e a Pergunta 11 a empatia. Na Pergunta 9, o entrevistador resume o que já se sabe. Enfoca então a pessoa que Donna mais teme. Pela primeira vez, a paciente fornece um relato um pouco mais longo e emocionalmente significativo da pessoa que ela, ao mesmo tempo, teme e odeia. O entrevistador expressa compreensão empática na Pergunta 11. A paciente relaxa e o entrevistador agora é capaz de seguir o curso padrão da entrevista e obter a história da paciente (Perguntas 12 a 18).

A sobreposição entre transtorno de personalidade esquiva e fobia social, tipo generalizada, é substancial (American Psychiatric Association, 2000, p. 720).

Submissão no transtorno de personalidade dependente

Comunicação: É fácil estabelecer a comunicação com um paciente com uma personalidade dependente; depois que perder a ansiedade inicial, depositar a confiança no terapeuta. Enquanto você lhe der apoio e mostrar empatia por sua indecisão e seus fracassos, a entrevista fluirá com facilidade.

Entretanto, se o médico tentar investigar os fundamentos da submissão do paciente, ele se sentirá desconfortável e tentará persuadi-lo a não ser tão duro com ele. Se insistir em investigar a sua dependência e o fizer desde o seu próprio ponto de vista, em vez do dele, ele vai lhe mostrar o quanto sofre. Se você não aliviar a sua dor, o paciente vai trocar de terapeuta para encontrar ouvintes mais simpáticos.

Técnica: Entrevistar o paciente com transtorno de personalidade dependente é fácil. Ele coopera e tenta cumprir com as suas expectativas. Responde a suas perguntas com precisão. Se solicitado, esclarece suas respostas, de modo que você pode facilmente conduzir a entrevista. Tolerar as transições acentuadas e as abruptas e lhe permite sondar seus sentimentos mais pessoais. O que ele não pode tolerar é a confrontação e a interpretação de sua dependência.

Estado mental: O estado mental é colorido pelos transtornos associados que o trazem para tratamento num primeiro momento. As características mais fortes, contudo, são a dependência, a submissão, a ansiedade e a necessidade de agradá-lo. Ele tenta dar as respostas que pensa que irão lhe agradar. Seu afeto costuma parecer tenso e deprimido, com alguns traços obsessivos.

O conteúdo do pensamento reflete temas de baixa auto-estima, abandono e ansiedade por não estar fazendo a coisa certa. O paciente com transtorno de personalidade dependente está orientado quanto ao ambiente e tem boa memória, mas não consegue avaliar o grau de sua falta de iniciativa e o efeito que esta produz em sua vida. Seu julgamento está prejudicado por sua dependência.

Diagnóstico: Vários aspectos da entrevista lhe dizem que você está lidando com um paciente com personalidade dependente. Desde o início, o paciente o eleva a uma posição de autoridade.

A sua história social sugere que ele parece sempre se associar a alguém que tome conta da sua vida. A combinação dessas características, mais do que qualquer uma delas isoladamente, é que vai lhe sugerir que o paciente tem o transtorno de personalidade dependente. Após a inclusão deste no seu diagnóstico diferencial, permanecem duas tarefas: você tem que demonstrar, primeiro, que o padrão de dependência é de uma vida inteira e, segundo, que a sua dependência pode ser separada dos sintomas de um transtorno clínico debilitante, ou de respostas justificáveis a uma tal doença.

Suzana, uma mulher branca, divorciada, com os seus 30 e tantos anos, tem freqüentado regularmente, por muitos anos, o ambulatório de psiquiatria. Durante a primeira entrevista com o novo psiquiatra, ela demonstra algumas características de personalidade dependente.

1. P: Estou substituindo o dr. V. e vejo que você tem freqüentado esta clínica por um longo tempo.
R: Ah!, sim, pelo menos os últimos 15 anos.
2. P: Qual parece ser o problema?
R: (faz uma pausa) Não sei como responder a essa pergunta. Talvez o senhor possa me dizer o que está acontecendo.
3. P: Talvez você possa me ajudar, dizendo o que você vem enfrentando ultimamente.
R: Realmente preciso da sua ajuda. O senhor provavelmente vai ser capaz de entender o que se passa. É por isso que venho aqui. Preciso do seu auxílio e do seu conselho.
4. P: Você está com dificuldades?
R: Sim, desde que o meu marido me abandonou e se divorciou, as pessoas tiram vantagem de mim, diz

o dr. V. Eu estaria melhor se meu marido não tivesse se divorciado de mim. Mas ele sempre dizia que eu me apegava demais a ele. E então me deixou. E eu fazia tudo por ele!

5. P: Parece que você ainda sente falta dele.

R: Ainda o vejo de vez em quando. Ele está casado novamente. Eles têm três filhos. Isso me dá uma dor no peito, quando os vejo e como estão felizes e eu tão infeliz, tão desgraçada. Talvez o senhor possa me ajudar.

6. P: Você está vivendo sozinha atualmente?

R: Não, voltei a viver com a minha mãe. Ela nunca gostou do meu marido. Agora não estou namorando ninguém. Nem sequer estou saindo. Não quero ferir a minha mãe.

7. P: Já pensou em casar novamente?

R: Minha mãe não gostaria. Seria como abandoná-la uma segunda vez. Às vezes penso que seria bom encontrar um homem que me amasse e quisesse cuidar de mim. Talvez um homem mais velho.

8. P: Por que você não quer encontrar um homem da sua própria idade?

R: Eles são tão exigentes; eles querem você como uma companhia e não como uma esposa. Sou bastante tradicional quando se trata de casamento. Penso que o marido deve ser um *gentleman*, demonstrar amor e cuidar de você.

9. P: Ser uma companhia num casamento parece ser penoso para você.

R: Acho que com o verdadeiro amor os homens são compreensivos. Acredito que o senhor entenda.

10. P: Para mim soa como se você tivesse que descobrir o quanto você tem que depender de si mesma, quanta responsabilidade tem que assumir.

R: O senhor parece o dr. R. Ele parece não gostar de mim. Ele não era como o dr. V., que estava sempre do meu lado.

11. P: Sinto que devo ter tocado em algo muito doloroso para você.

R: (silenciosa)

12. P: Acho que pode ajudar se nós discutirmos isso.

R: A minha mãe me critica o tempo todo... mas não ganho o suficiente para me sustentar. (seus olhos se enchem de lágrimas) Estou realmente numa cilada. Por favor, não me critique, não posso suportar isso, quero que o senhor me ajude.

A maioria dos pacientes de longa data têm uma doença crônica — um transtorno do Eixo I, isto é, como a esquizofrenia, o transtorno bipolar cicladador rápido, que não responde a tratamento; ou o transtorno depressivo maior que não responde a tratamento. Se um transtorno desses não está presente, e, ainda assim, o paciente fre-

qüenta a clínica por muitos anos, é provável a existência de um transtorno de personalidade do Grupo C, especialmente a personalidade dependente.

Isso pode surpreender o leitor, já que, por definição, todos os transtornos de personalidade são crônicos. Entretanto, nem todos resultam em uma terapia de longa data, como acontece com os transtornos do Grupo C. Portanto, um paciente que tem uma orientação psicológica com profundas necessidades de dependência não resolvidas é um candidato perfeito para uma psicoterapia a longo prazo. A entrevista com Suzana confirma isso.

Desde o início da entrevista, Suzana tenta colocar o entrevistador como responsável (Respostas 2 e 3). Ele não a confronta com essa tendência, mas avalia as suas circunstâncias de vida. Ela descreve a situação típica da personalidade dependente.

Na Pergunta 10, o entrevistador tenta abordar sua capacidade/incapacidade de depender de seus recursos. Suzana interpreta essa investigação como uma crítica implícita e responde com lágrimas e um pedido para não ser criticada. Esta resposta mostra como é estressante para a paciente ser confrontada com sua dependência patológica na primeira entrevista. Em vez disso, examine a visão da paciente sobre sua dependência e então faça-a gradualmente tomar consciência das consequências de seu comportamento. É provável que, apesar de suas habilidades terapêuticas, você não consiga torná-la auto-suficiente.

Circunstancialidade e perfeccionismo no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva

Comunicação: O paciente obsessivo é fixado em detalhes. Portanto, na entrevista, você estará envolvido em lutas sem fim a respeito de palavras, questões e de quem é o responsável, sem ser capaz de desenvolver uma atmosfera de cooperação e compreensão.

Se você mostrar empatia, terá um problema. Ele tem orgulho de não ter sentimentos, de ser objetivo. Portanto, fica perturbado quando você expressa empatia por seu sofrimento e rejeita isso como irrelevante. Não é seu sofrimento, mas os seus problemas que são importantes; no entanto, eles são insolúveis. Essa luta pode impossibilitar estabelecer a divisão entre a parte saudável e a parte doente de sua personalidade.

O entrevistador pode superar essa luta, tentando continuamente fazer com que o paciente se mantenha em contato com a sua raiva. Isso pode funcionar, à medida que ele acredite que você sente a sua raiva como justificada. Mas se você tentar fazer da raiva o objeto da entrevista, ele vai se defender ou negá-la. Proporá mais pensamentos obsessivos do tipo obstrutivo, evitando ati-

vamente uma divisão entre a parte saudável e a parte doente da personalidade. Formar uma aliança é difícil e a entrevista frequentemente consiste em tentativas abortadas, lutas e frustrações.

Técnica: A posição do entrevistador é precária, pois a ambivalência do paciente é difícil de superar. Ele põe em dúvida os seus reassseguramentos. As perguntas abertas levam à confusão. Ele quer perguntas mais circunscritas, mas, se o terapeuta concordar, as interpretará como demasiadamente limitadas.

Estado mental: O estado mental do paciente com personalidade obsessivo-compulsiva é obscurecido por uma dificuldade: tomar decisões. Isso aparece na sua ambivalência e no modo como ele o mantém no limbo quando responde às perguntas. Ele deveria se abrir com o terapeuta, ou seria mal-interpretado? Ele pode decidir não se abrir, mas ficará imaginando se isso é o certo. Será que ele deveria gastar seu dinheiro para consultá-lo e então arriscar não conseguir uma verdadeira leitura dos seus problemas? Como conseguir a sua melhor opinião se ele se refreia? Será que você é realmente a pessoa certa com quem conversar? Provavelmente não. Ele tem que descobrir a partir de você o que é que está errado. Ele deveria fazer as perguntas; você deveria fornecer as respostas. Quem é o responsável? Ele? Ou você deveria ser o responsável, já que se imagina que você seja o especialista?

O paciente obsessivo-compulsivo percebe a si mesmo como sendo neutro, o que é uma visão um tanto distorcida. Pode-se perceber uma raiva crônica, de baixa intensidade, que pode explodir em um questionamento tenaz, persistente e cansativo, e que não pode ser satisfeito por nenhuma resposta. A sua raiva se tornará manifesta quando as expectativas obsessivas não forem satisfeitas, quando ele se sentir prejudicado no tempo da entrevista, cobrado em excesso pela consulta ou não-recompensado com respostas úteis para suas perguntas.

Diagnóstico: O estado mental involuntariamente trai o paciente; aqui não há segredos. O problema é obter os detalhes dos transtornos associados, no caso de os haver. Se um paciente desses se apresentar em uma clínica, o transtorno obsessivo em si, a depressão, o transtorno fóbico e, às vezes, o transtorno delirante são co-morbidades comuns.

Eis aqui um exemplo de uma personalidade obsessivo-compulsiva encontrada em Winn G., um cientista de 35 anos de idade:

1. M: Como é que eu posso ajudá-lo?

P: Estou preocupado com uma carta que escrevi para a minha co-autora. Ela não a recebeu nada bem.

2. M: E sobre o que era a carta?

P: Não sei se deveria discutir isso aqui. Você pode conhecê-la.

3. M: Você está preocupado de que algo possa vazar?

P: Obviamente. Mas talvez possa lhe contar, se você puder me garantir sigilo total.

4. M: Como é que eu posso ajudá-lo, se não puder me contar?

P: Talvez o conteúdo da carta não seja o problema, mas a reação dela.

5. M: O que o preocupa na reação dela?

P: Só estou pensando que você não tem como entender a sua reação se não conhecer a carta.

6. M: Vamos ver o conjunto todo.

P: Você está me pressionando. Talvez eu pudesse pensar melhor a respeito do que lhe dizer.

7. M: Tudo bem.

P: Se eu interromper agora, você não poderá me cobrar por esta miniconsulta, porque não sou eu que não posso garantir sigilo.

8. M: Lamento, mas esta hora foi reservada para você, e eu vou lhe cobrar pelo meu tempo.

P: Você realmente tem um jeito com as palavras. Ok, já que você vai me cobrar de qualquer jeito, é melhor eu usar este tempo. A minha co-autora concordou com um dos críticos mais áspers que revisaram o nosso artigo. Isso de fato me deixou exasperado e furioso, pois ela não é uma especialista nessa área.

9. M: Então você ficou irado.

P: Irado, não. Só muito raramente eu sou distraído pelos meus sentimentos. Eu os considero irracionais. O que basicamente eu fiz foi-lhe pedir que alterasse o artigo de acordo com o seu ponto de vista crítico.

10. M: E ela foi capaz de fazer isso se não é uma especialista na área?

P: Não posso entender como alguém pode criticar um trabalho se não é capaz de modificá-lo. Então ela simplesmente não deveria tê-lo criticado.

11. M: Mas não era a intenção dela...

P: De fato, não me importam as intenções, eu observo os fatos. Os fatos são que ela criticou o artigo sem ser capaz de melhorá-lo. É simples assim.

12. M: Mas não pode acontecer de estar-lhe escapando o principal quando olha para os fatos sem incluir as intenções?

P: Não acho que você tenha alguma apreciação dos fatos. Você não é capaz de vê-los. Você só se detém no lado emocional. Você é obviamente tendencioso.

13. M: Minhas declarações parece que o deixam irritado.

P: Não sou uma pessoa emotiva. Simplesmente quero esclarecer os fatos, mas você não me permite fazer isso.

O entrevistador demonstra a luta que frequentemente surge com um paciente que sofre de um transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Já que este questiona tudo o que faz e o que lhe é proposto, considerando o oposto, não se vislumbra nenhuma solução. Entretanto, o paciente com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva tem uma sensibilidade específica que permite canalizar a entrevista — ele quer ser considerado lógico. Não suporta abrir mão de algo por nada. Ele é avarento com as emoções, com o tempo, o dinheiro e o controle, e não deseja perder nada para ninguém. Assim, ele resolve seguir com a entrevista quando ouve que terá que pagar mesmo que a interrompa antes. Assim o entrevistador o motiva a completar a consulta, mesmo que o paciente possa achar que o entrevistador não está assumindo o comando, quando, na verdade, ele está. O progresso não é constante, mas se move com três passos para a frente e dois para trás.

4. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (SOE)

O DSM-IV-TR classifica dois transtornos de personalidade como SOE: o transtorno de personalidade depressiva e transtorno de personalidade passivo-agressiva (negativista). Ambos são considerados transtornos que necessitam de mais estudos. Já que é provável que você encontre esses transtornos ao entrevistar pacientes, eles estão incluídos aqui.

Controvérsia: transtorno de personalidade depressiva versus transtorno distímico

No DSM-IV e no DSM-IV-TR, o transtorno de personalidade depressiva foi proposto como um conjunto de critérios a ser estudado mais extensamente. A dificuldade em diferenciar o transtorno de personalidade depressiva do transtorno distímico dá origem a uma controvérsia. Por exemplo, o critério A para transtorno distímico é semelhante ao critério A1 de transtorno de personalidade depressiva. O critério B4 do transtorno distímico se assemelha ao critério A2 do transtorno de personalidade depressiva. O critério B6 do transtorno distímico expressa uma perspectiva semelhante para o futuro que a refletida no critério A6 do transtorno de personalidade depressiva.

A diferença parece ser a área enfatizada. O transtorno distímico enfatiza sintomas vegetativos, como perturba-

ções do apetite, sono e energia (B1 a B3), enquanto o transtorno de personalidade depressiva enfatiza as atitudes negativas, como ser crítico e depreciativo quanto a si mesmo e crítico e intolerante em relação aos outros, bem como ter sentimentos de ruminação e ser propenso à culpa.

Semanticamente, podemos, de fato, fazer esta distinção. Entretanto, são necessários estudos empíricos para investigar melhor se existe um grupo distinto de pacientes com atitudes negativas que sejam relativamente livres de distúrbios do apetite e do sono e que mostrem um nível adequado de energia; e vice-versa, se existem pacientes que preencham os critérios para transtorno distímico, mas não sofram de sentimentos de culpa, preocupações e uma atitude crítica e intolerante em relação a si mesmos e aos outros.

Parece que os pacientes mais cronicamente deprimidos não-suicidas são diagnosticados com transtorno de personalidade depressiva quando exibem sua atitude negativa de forma mais peremptória, mas, quando lhes falta essa capacidade, podem ser diagnosticados com transtorno distímico. Contudo, a exclusão do critério B para o transtorno de personalidade depressiva não autoriza o diagnóstico deste se o transtorno distímico puder melhor dar conta da psicopatologia depressiva observada.

Em sua entrevista para o diagnóstico final, o terapeuta pode se concentrar no complexo vegetativo, que viria a corroborar o diagnóstico de transtorno distímico, enquanto sua ausência, na presença de um julgamento crítico contra si e os outros ao longo da vida inteira, combinada com preocupação, culpa e remorso, inclinaria o diagnóstico na direção do transtorno de personalidade depressiva, após a exclusão do transtorno depressivo maior.

Ressentimento no transtorno de personalidade passivo-agressiva (negativista)

Comunicação: Assim como o paciente com transtorno de personalidade dependente, o indivíduo com transtorno de personalidade passivo-agressiva estabelece e mantém a comunicação enquanto você concorda com ele e ficar do seu lado. Questioná-lo em seu ponto de vista desencadeia a sua raiva, pois é especialmente sensível às exigências colocadas sobre ele; resiste a elas com lentidão, enfado, atitudes evasivas, discussões e, eventualmente, uma raiva manifesta.

Se você aborda o seu ressentimento quanto às exigências, ele se torna reservado, monossilábico e, muitas vezes, hostil. Se deixa de valorizar a sua sensibilidade em relação às exigências, ou até mesmo concorda com a pessoa que as exerce, perde a comunicação, que somente será recuperada se retornar ao ponto de vista do paciente.

Técnica: Lenta e cuidadosamente, investigue a profunda aversão do paciente às exigências. O entrevistador habilidoso expressa que compreende as necessidades do paciente de tolerância, mas, ao mesmo tempo, chama a sua atenção para o fato de que as expectativas não-cumpridas levam ao desapontamento e ao ressentimento por parte dos outros. Ele sabe que, se concordar temporariamente com o ressentimento do paciente a respeito das exigências, este pode cooperar e lhe permitir investigar o transtorno de personalidade e sua co-morbidade (ver adiante: Diagnóstico).

Estado mental: Durante a entrevista, o paciente pode não mostrar muita psicopatologia. O seu afeto parece estar adaptado e agradável, exceto quando ele começa a falar sobre situações em que seu desempenho foi solicitado. Então mostra sinais de ressentimento, irritabilidade ou raiva. Se você deixar de identificar essas situações desencadeantes, pode deixar de perceber o transtorno de personalidade subjacente.

Diagnóstico: Um paciente com transtorno de personalidade passivo-agressiva raramente o consulta por problemas relacionados ao seu transtorno. Os transtornos associados do Eixo I é que o trazem para a consulta, como o alcoolismo, o transtorno do humor ou um transtorno de ansiedade.

A sua história se torna transparente quando fala sobre os seus desapontamentos sociais, seus conflitos interpessoais e traições que sofreu. Tipicamente, o paciente não se opõe abertamente às exigências, mas aceita os compromissos e faz promessas, mesmo quando sabe que não vai cumprilas. Ele diz "sim", mas age como "não". Essa característica leva a desapontamentos e à rejeição pelos colegas, amigos e membros da família. E o paciente se queixa amargamente quanto a ser rejeitado, sem compreender como desencadeia tudo isso.

Se você se depara com a atitude "dizer sim/agir como não", examine se esta se limita a certas pessoas, situações ou períodos da vida em que o paciente estava deprimido. Se essa atitude atinge todos os relacionamentos ao longo de toda a vida, seu paciente tem um transtorno de personalidade passivo-agressiva.

Alberto é um homem de negócios de 34 anos de idade, com uma história familiar de transtorno bipolar, mas sem uma história psiquiátrica própria.

1. P: Como posso ajudá-lo?
R: Simplesmente preciso falar para alguém sobre as coisas que me aconteceram no trabalho.
2. P: Certo, Alberto.
R: Provavelmente vai chateá-lo tanto quanto a mim.
3. P: Você deve ter passado uns maus bocados.

R: E como... rapaz, se eu lhe contasse. Um amigo meu aceitou um emprego nesta cidade e, quando conversamos, me perguntou se eu não gostaria de me juntar a ele.

4. P: E então você foi?
R: Bem, fui porque confiava nele. Então fui trabalhar com ele e pensei que iríamos nos divertir, pois o cara parecia ser bem divertido.
5. P: E era?
R: Deixe eu lhe contar. A primeira coisa que ele fazia era começar com reuniões de equipe já pela manhã, que maldade! Esse era o seu jeito dissimulado para nos fazer chegar no horário.
6. P: Havia um problema com isso?
R: Um problema? Nós éramos amigos, e ele sabia que eu tinha boas idéias, mas elas não vêm necessariamente às 8 horas da manhã.
7. P: Bem...
R: Quando eu chegava tarde, quando tinha um problema com o carro ou quando tinha algum problema pessoal para resolver, ele não dizia nada, mas eu podia sentir que ele não gostava.
8. P: Acontecia de ele próprio se atrasar?
R: Você está brincando? Aquele cara é viciado em trabalho. Ele estava lá pela manhã e ficava até tarde à noite. Se eu soubesse que ele era um feitor de escravos assim, jamais teria vindo para cá, mas eu fui à forra quando sofri aquele acidente. Não sei se ele acreditou, mas levei o caco de vidro do meu pé para mostrar no trabalho.
9. P: E o seu amigo viu?
R: Eu mostrei para alguns colegas quando ele estava passando pelo corredor.
10. P: E ele viu?
R: Você sabe o que foi que o canalha disse? "Se vocês não acreditarem hoje na história do Alberto, amanhã ele virá com um caco ainda maior!". Rapaz, eu fiquei muito ofendido.
11. M: Então você esperava que ele o tratasse mais como a um amigo do que como um empregado.
P: É exatamente isso. Qual é a vantagem de trabalhar para um amigo se você tem que se matar de trabalhar o dia inteiro de qualquer jeito?
12. P: Então você deveria receber alguns privilégios e facilidades?
R: Isso não é óbvio? Você não imagina que eu deveria trabalhar como um relógio para aquele sujeito.
13. P: Bem, você disse que ele já está trabalhando às 8 horas.
R: Escute aqui, acho que cometi um erro ao lhe falar sobre isso. Você parece ser exatamente como ele. Quero que você saiba que há mais na vida do que trabalho, trabalho, trabalho.

14. P: Vamos voltar, Alberto, e investigar um pouco mais os seus sentimentos a respeito das exigências do seu amigo.

R: Escute, meu amigo, não tenho mais nada a investigar com você. Estou aqui por livre e espontânea vontade. A sua atitude dominadora me ofende.

15. P: Lamento. Não devo ter entendido nada. Eu não vi como a mesquinhez do seu amigo lhe custou a sua amizade e a sua devoção.

R: (sarcástico) Que mudança no seu ponto de vista.

16. P: (ignorando o sarcasmo) Você está certo. Deixei de ver as coisas do seu ponto de vista. O seu amigo o conhecia antes mesmo que você fosse trabalhar para ele e deveria ter dito o que esperava.

R: É isso aí. Nunca teria trabalhado para ele, se ele tivesse me dito que é pior trabalhar para um amigo do que para um outro empregador qualquer.

O paciente faz a pressuposição básica de que todos que trabalham para um amigo podem esperar privilégios como chegar tarde, não dar duro e ter tempo extra de folga. Quando o entrevistador aborda essas expectativas indiretamente (Pergunta 8), Alberto evita uma resposta como:

"Você está certo, ele dá um bom exemplo, por que eu não faria o mesmo?"

mas, em vez disso, critica o amigo como sendo viciado em trabalho. Alberto responde com raiva quando seu amigo faz troça dele por faltar ao trabalho devido a um caco de vidro cravado no pé (Resposta 10).

Quando o entrevistador confronta Alberto com a sua expectativa de receber privilégios, ele se torna hostil. Sua reação mostra que está mais interessado em obter apoio para a sua posição — se é que ele chega a discutir o seu conflito — do que em encarar a sua expectativa distorcida.

Para permanecer envolvido na entrevista com um paciente que sofre de um transtorno de personalidade passivo-agressiva, investigue o ponto de vista dele. Use o ângulo dele para olhar os seus conflitos. O entrevistador começou com isso na Pergunta 15. Ao longo de muitas sessões futuras, o paciente teria que se conscientizar de sua perspectiva e aprender a detectar por que essa perspectiva provoca atrito e ressentimento com outras pessoas. Por exemplo, Alberto precisa experimentar como os seus colegas se ressentem dos privilégios que ele exige por meio de seu comportamento manifesto. Precisa experimentar que lhe conceder esses privilégios seria uma prática injusta, que acabaria por corroer o moral no ambiente de trabalho. Aplicar essas técnicas excede o âmbito de uma entrevista diagnóstica. Para esse fim, você só

precisa ser capaz de identificar a perspectiva do paciente e utilizá-la para a coleta de dados.

Outros dois transtornos de personalidade SOE foram propostos no DSM-III-R: transtorno de personalidade sádica e transtorno de personalidade autodestrutiva. Eles não estão incluídos entre os transtornos de personalidade SOE do DSM-IV-TR. Não obstante, ao encontrá-los na sua prática profissional, você ainda deve classificá-los como SOE.

Crueldade exigente no transtorno de personalidade sádica

Quais são as características do paciente com transtorno de personalidade sádica? A crueldade física e mental e a falta de empatia que um tal paciente mostra por suas vítimas impressionam a cada vez que você encontra um deles. Ele é bastante capaz para encontrar vítimas — habitualmente escolhe alguém sob seu controle, como um filho, a esposa, um estudante, um empregado ou uma pessoa mais velha. Se a sua posição não lhe assegura superioridade, vai buscar alguém fisicamente mais fraco.

Ele encontra prazer em dominar, torturar e infligir dor à sua vítima. Não somente está interessado na dominação e no aumento resultante da auto-estima, mas na dor que pode desnecessária e deliberadamente causar.

Qualquer coisa que possa aumentar o domínio ou a tortura dos outros exercem um fascínio mágico sobre ele. Ele gosta, portanto, de armas, das artes marciais e das profissões que permitem o seu uso.

Um paciente com um transtorno de personalidade sádica não busca tratamento para que seu sadismo seja erradicado. Às vezes, é possível encontrar características sádicas em pacientes que sofrem de outros problemas, como delírios de perseguição ou abuso de álcool ou outras substâncias, e diagnosticar transtorno de personalidade sádica como uma condição de co-morbidade. Habitualmente, porém, você o encontra através da sua vítima.

Quando o terapeuta entrevista tal pessoa, ele pode tentar intimidá-lo, burlá-lo e fazê-lo sofrer também. Vai usar os seus meios para conseguir a sua vontade.

A entrevista seguinte ocorre entre um psiquiatra e o esposo (E) de uma paciente, o qual exige que ela tenha alta do hospital. O sr. Mambrino é um homem pálido, magro, alto, com cabelo negro levemente despenado. Ele senta-se rigidamente, com os punhos pressionados contra os braços da cadeira, com as juntas protrusivas. Pelos olhos franzidos, ele encara penetrantemente o entrevistador, sem piscar.

1. M: Oi, sr. Mambrino. Sou o dr. O., o médico assistente aqui. A nossa enfermeira, a sra. J., me chamou e disse que o senhor queria falar comigo.

E: (se levanta, caminha em direção ao entrevistador e se posiciona em frente a ele, com as pernas afastadas e com uma voz baixa, sob pressão) Você ouviu direito. Eu quero assinar a alta da Irene (sua esposa). Ela simplesmente saiu de casa, e a próxima coisa que eu sei é que a assistente social me chama e diz que ela baixou hospital aqui.

2. M: Hmm...

E: E ela me diz que a Irene nem quer falar comigo.

3. M: (franze a testa) Eu não entendo... (com um olhar de perplexidade no rosto) e o senhor quer levá-la de alta?

E: (com uma excitação suprimida na voz) O senhor não pode mantê-la aqui.

4. M: (esticando a sua mão esquerda e quase tocando o peito do sr. Mambrino) Espere um momento... O que foi que a assistente social lhe disse?

E: Ela me disse que a Irene tinha baixado aqui e que queria que eu soubesse que está aqui, mas que não quer falar comigo.

5. M: Hmm...

E: Ela nem quis vir até o telefone quando eu liguei.

6. M: (dando de ombros) Bem...

E: (empinando o queixo) Bem... o quê?

7. M: (dando de ombros novamente e se inclinando levemente para trás) Parece que a sua esposa colocou com clareza os seus desejos.

E: (dá um meio passo à frente) Não acredito nisso. Isso é um monte de asneira. Ela não ousaria fazer isso! Foi a assistente social que botou essas idéias na cabeça dela. Conheço essas putas. Elas enfiam o nariz em tudo.

8. M: (levanta as sobrancelhas) O senhor diz que a sua esposa não ousaria? (perplexo) Não entendo.

E: (com ênfase) Ela não faria. Ela sabe muito bem. Nós temos uma espécie de casamento dos tempos antigos. Ela sabe o que eu espero dela. Mas vocês, os liberais, não compreenderiam.

9. M: (em uma voz muito baixa) Talvez o senhor esteja certo, eu não compreendo.

E: (alto, mas sem tanta pressão) No nosso casamento, minha esposa é a mulher e eu sou o homem. Ela não iria contra mim.

10. M: (inclinando a cabeça para o lado, com um sorriso levemente provocativo) O que o deixa tão convencido?

E: (com uma raiva manifesta na voz) Escute, eu não lhe devo nenhuma explicação (condescendente), mas vou-lhe dizer, de qualquer forma.

11. M: (dá as costas para o marido, caminha até uma cadeira, senta-se, esticando os pés e olhando para o marido diretamente no rosto, mas sem dizer nada)

E: Quando nós nos casamos, minha esposa era muito imatura. Sempre que nós tínhamos uma discussão, ela ia para o telefone para contar para a sua mãe. Botei um basta naquela merda.

12. M: (com um leve interesse) Como foi que o senhor fez isso?

E: (caminhando na direção do entrevistador e parando em frente a ele) Acho que o senhor não acredita em mim. Vou-lhe dizer como. Vou-lhe dar um exemplo.

13. M: (interrompendo) Por que o senhor não se senta?

E: (inseguro, olhando em torno da sala de espera e, por fim, sentando-se, mas rigidamente e inclinado para a frente) Certo, eu disse para a minha esposa não telefonar mais para a mãe dela. A próxima coisa que descobri foi que estava escrevendo uma carta para ela. Foi o fim.

14. M: O que é que o senhor quer dizer com "Foi o fim"?

E: Agarrei aquela desgraçada pelo pescoço e lhe dei uma boa sacudida e então...

15. M: Então o quê?

E: E então deixei que ela comesse as suas palavras.

16. M: (levanta as sobrancelhas) O que é que o senhor quer dizer?

E: Deixei que ela lesse a carta para mim em voz alta e simplesmente olhei para ela. Quando ela tinha terminado, eu lhe disse: "Coma!" Ela olhou para mim e sabia que eu falava sério. Fiz com que ela rasgasse a carta em pedaços e a comesse.

17. M: Foi isso que o senhor fez? O que o senhor esperava conseguir com isso?

E: Exatamente o que eu consegui. Ela parou de fazer aquela asneira. E agora ela tem as regras bem-acertadas.

18. M: Hmm...

E: Deixe-me contar uma piada que o meu pai costumava contar. Ele era da Itália, o velho país, o senhor sabe.

19. M: Certo, se é assim que o senhor quer. Por que o senhor não senta?

E: (o sr. Mambrino se senta, mas bem na borda da cadeira)

Havia um sujeito recém-casado e, depois de uns poucos meses de casamento, encontrou seu amigo, que lhe perguntou:

"Como vai o seu casamento?"

"Mal", respondeu o sujeito recém-casado. "Minha mulher está fazendo tudo o que quer e eu me

sinto como um palhaço. Ela fala sobre mim para a sua família e para os amigos e faz troça de mim."

O amigo riu e disse: "Você esqueceu de rasgar o gato ao meio."

Quando o sujeito recém-casado disse que não tinha entendido, seu amigo disse: "Veja, quando eu me casei, vim para casa, agarrei o gato pelas pernas e o rasguei ao meio. O gato era o bichinho de estimação da minha noiva. Ela entendeu quem era o chefe da casa".

"Bem", disse o sujeito recém-casado, "a minha mulher também tem um gato".

"Poucos dias mais tarde, o sujeito recém-casado encontrou seu amigo novamente. O amigo estava surpreso, porque o sujeito recém-casado tinha um olho roxo e usava uma bandagem em volta do pescoço.

"O que aconteceu?", ele lhe perguntou.

"Bem, eu segui o seu conselho. Fui para casa, agarrei o gato e o matei. Minha mulher pegou uma grande colher de pau e me bateu no rosto e pegou a chaleira com água fervendo e atirou em cima de mim."

O amigo riu e não conseguia parar de rir. "Seu bobo, agora é tarde demais. Você deveria ter matado o gato na noite de núpcias."

Eu nunca esqueci aquela história. Ela me marcou fundo. E eu pensei que, quando me casasse, deixaria bem claro quem é o homem lá em casa. E é assim que eu faço.

20. M: Então... esse tipo de coisas de criança o impressionaram?

E: Certo, chega de conversa. Vou levar a minha esposa para casa, e eu quero dizer agora.

21. M: Mas sr. Mambrino, eu não entendo o senhor. O senhor acaba de ouvir da assistente social que a sua esposa não quer nem falar com o senhor. Por que o senhor pensa que ela quer ir para casa com o senhor agora?

E: Escuta, cara, eu vou lhe dizer uma coisa. Quero que ela diga isso na minha cara, e então nós vamos ver.

22. M: A sua esposa não quer vê-lo, sr. Mambrino, o senhor acaba de ouvir que a sua esposa não quer falar com o senhor cara a cara. Isso é tão difícil para o senhor entender?

E: Basta! (ele salta da cadeira) Eu considero esse caso como seqüestro. Se a minha esposa não estiver aqui embaixo em dois minutos, vocês vão se ver com os meus advogados.

23. M: (permanece sentado) Sr. Mambrino, está tudo muito bem. Se eu puder ajudar em alguma coisa, aqui está o meu telefone.

E: Gente como o senhor me dá nos nervos. Quero lhe contar algo em confiança. Eu era pistoleiro da Máfia. Para mim não significa nada explodir a cabeça de um homem.

24. M: Sr. Mambrino, eu percebo que o senhor está com raiva. Não há razões para ameaças. O senhor não pode partir nenhum gato em dois aqui. Eu preferiria que o senhor se sentasse e respondesse algumas perguntas sobre a sua esposa. Acredito que o senhor tenha algumas preocupações a respeito dela, ainda que tenha um jeito infernal de expressá-las.

E: (olha fixamente para o entrevistador; após alguns segundos) Há... vamos ver o que é que você consegue inventar.

25. M: Isso tudo depende do quanto o senhor pode me contar para me fazer entender o que está acontecendo entre o senhor e a sua esposa. O senhor já me deu uma leve idéia a respeito.

E: Merda, era exatamente isso o que eu temia.

26. M: Acredito que o senhor está certo. Se o senhor não estivesse furioso com tudo isso, nada no mundo o teria trazido até aqui para falar conosco. Assim, já que o senhor está aqui, nós podemos aproveitar a ocasião.

E: Meu Deus... não acredito... mas vamos adiante com isso.

Este encontro mostra algumas das características do transtorno sádico de personalidade, conforme a descrição anterior. O entrevistador usa uma gama de estratégias que parecem funcionar com esse homem.

Primeiro, sempre que o sr. Mambrino faz uma ameaça implícita, o entrevistador lhe diz que não entende, para forçá-lo a declarar a ameaça. Isso comunica ao sr. Mambrino a mensagem de que ele não pode intimidar o entrevistador "indiretamente". Dessa forma, o sr. Mambrino é colocado em uma posição comparável à de um exibicionista, que é desarmado quando a sua pretensa vítima lhe pergunta:

"Se é só isso que tem, por que mostrar?"

Segundo, quando o paciente com transtorno de personalidade sádica declara as suas ameaças, o entrevistador não demonstra nenhuma emoção, especialmente revolta, horror ou intimidação. Em vez disso, indica sua falta de compreensão da fascinação do paciente pela violência. Mostra-lhe seu lado neutro, não-impressionado, "profissional".

Terceiro, o entrevistador não cede à ameaça nem tenta fazer uma contra-ameaça. Em vez disso, confronta o sr. Mambrino com sua agressividade e lhe diz que nada se consegue com ela.

Quarto, evita a afronta e enfoca o tópico legítimo da conversação, isto é, o esposo como informante dos problemas psiquiátricos da paciente.

Sacrifício e autodestruição no transtorno de personalidade autodestrutiva

Encontra-se um paciente com transtorno de personalidade autodestrutiva (anteriormente denominado transtorno de personalidade masoquista) em um de dois conjuntos de circunstâncias:

1. O paciente tem um transtorno clínico. No início do tratamento, você frequentemente nota alguns problemas sociais que pensa que possam ser interpretados como resultando do transtorno psiquiátrico maior. Problemas típicos estão relacionados com o trabalho e problemas de relacionamento com a família. Já que o paciente costuma sofrer de transtorno depressivo maior ou de transtorno de ansiedade, você tende a ver o seu problema como consequência de seu déficit na capacidade de enfrentamento ou de seus sentimentos de culpa. Entretanto, você observa que, durante o tratamento, muitos dos problemas de relacionamento persistem e surgem novos problemas que o paciente havia previamente ocultado. Assim, o seu ponto de vista da doença pode mudar dramaticamente durante o tratamento; cada vez mais, você observa que os seus déficits de desempenho se devem a seu transtorno de personalidade.
2. Um paciente o consulta com sintomas que superficialmente preenchem os critérios para transtorno de adaptação com humor depressivo ou ansioso, ou características emocionais mistas, ou com retraimento ou perturbação da conduta. No entanto, num exame mais detalhado, é possível detectar que já ocorreram reações de adaptação antes, sob circunstâncias semelhantes. Você observa que os seus problemas são menos específicos em relação ao estresse do que a um déficit de enfrentamento. O paciente parece planejar alguns fracassos, lembrando-o da noção de Freud de que algumas pessoas parecem ter compulsão para repetir seus erros. Atrás desses problemas de adaptação, emerge o transtorno de personalidade autodestrutiva.

Em ambas as circunstâncias, as características mostradas pelo paciente são as mesmas. Sacrifica os próprios interesses pelos outros. Abre mão do próprio prazer e das oportunidades profissionais em favor de alguém. Seu sacrifício frequentemente não é solicitado, sendo, portanto, um incômodo para os outros e não-apreciado, o que provoca rejeição. Tipicamente, interpreta mal

a causa dessa rejeição. Acredita que não deu o bastante e, portanto, aumenta o desprezo, em vez de melhorar a rejeição. Daí resultam sentimentos disfóricos e de desesperança.

Se você investigar suas necessidades e confrontá-lo com a sua negação dessas necessidades, ele vai indicar que elas são bastante egoístas e que é repulsivo buscar satisfazê-las. Ele parece considerar um pecado até mesmo falar sobre elas. Se o terapeuta apontar como a sua autonegação contribui para a sua infelicidade, ele pode rejeitá-lo como materialista e não-compreensivo, e perder o interesse no tratamento.

Esse padrão é encontrado com maior frequência em mulheres que sofreram abuso físico, sexual ou psicológico e em homens passivos, que costumam servir com lealdade em posições dependentes e subvalorizadas (Spitzer e cols., 1989; Kass e cols. 1989).

Esta é uma entrevista com Maria, uma mulher separada, branca, de 38 anos. Ela foi hospitalizada e tratada com fluoxetina (Prozac); todos os sintomas vegetativos do seu transtorno depressivo maior tinham melhorado. Conseguia se concentrar melhor na terapia recreacional, os sinais de retardo psicomotor tinham desaparecido e ela negava um humor deprimido, mas ainda permanecia sozinha no quarto, deitada na cama. Quando o entrevistador entra em seu quarto, está na cama. Tem um leve sorriso nos lábios. Quando ele caminha em direção a ela, ela afunda de volta em sua cama. Parece muitos anos mais velha do que a sua idade declarada.

1. M: (com uma voz suave) Maria, já faz tempo que você está conosco; agora você dorme bem, come bem... parece andar bem pelo hospital, mas ainda parece carregar uma grande cruz. Você parece triste a maior parte do tempo.
P: Sim, estou aqui no hospital, quando deveria estar em casa, cuidando dos meus filhos. (a paciente tem onze filhos)
2. M: Bem, estou preocupado, pois você fica tanto tempo sozinha; é por isso que eu pensei que você deveria ficar um pouco mais.
P: Mas eu realmente me sinto melhor.
3. M: É isso o que eles dizem nas reuniões de equipe. e também o terapeuta recreacional e o terapeuta ocupacional dizem que você está indo muito melhor.
P: Eu estou, pelo menos na última semana.
4. M: (surpreso e um pouco irritado) Por que você não me contou isso? Eu falei com você todos os dias...
P: Pensei que você me diria quando eu estivesse pronta.
5. M: (perplexo) Hmm, você disse que se sentia sobrecarregada por todos os seus problemas.

- P: (sentando-se) É, mas não estava mais deprimida.
6. M: (em dúvida) Mas você se isolou e ficou na cama e... você ainda está aqui de volta em seu quarto.
- P: Não quero incomodar os outros com os meus problemas, eles já têm o suficiente com o que se preocupar. Realmente, acho que deveria estar com meus filhos agora.
7. M: Quem está cuidando deles agora?
- P: Minha irmã e o marido dela. Mas isso não está certo. Eles não deveriam estar fazendo isso para mim. Eu os estou decepcionando tanto... (as lágrimas vêm aos seus olhos)
8. M: Maria, você esteve bastante deprimida. Acho que o melhor para todos vocês é que a família a ajude.
- P: (balança a cabeça) Não, preciso voltar a trabalhar para ganhar algum dinheiro para a comida e o aluguel.
9. M: E o seu marido?
- P: Foi embora.
10. M: Foi embora? Por que você nunca me contou nada sobre isso?
- P: Eu tinha vergonha... mas nós ainda estamos casados...
11. M: Lamento ouvir que ele tenha ido embora... Há quanto tempo ele foi embora?
- P: Aproximadamente um ano, agora.
12. M: O que foi que aconteceu?
- P: Bem, acho que foi demais para ele.
13. M: O que é que você quer dizer?
- P: Bem, quando ele vinha para casa, havia sempre as crianças, sempre um monte de agitação, elas estavam por toda parte, acho que ele não agüentou.
14. M: (surpreso) Não agüentou?
- P: Você sabe, ele tinha muita pressão no emprego e, de qualquer forma, não conseguia se dar bem com o mestre-de-obras e então ele vinha para casa e tinha mais pressão.
15. M: Mas os filhos são dele, não são?
- P: Bem, é claro, nós tínhamos um bom casamento, que durou 15 anos; mas então, quando eu fiquei grávida do João, ele não agüentou mais.
16. M: Não agüentou?
- P: Ele tinha o problema antes; e, às vezes, quando era demais para ele, simplesmente saía fora.
17. M: Passava a noite fora?
- P: Com uma amiga sua ou simplesmente com os caras do trabalho.
18. M: Como é que você lidava com isso?
- P: Bem, ele me dizia que não havia disciplina com as crianças, que elas estavam por toda parte. Disse que a culpa era minha, que eu não conseguia controlá-las melhor.
19. M: Mas e ele? Ele não poderia ajudar?
- P: Bem, ele estava no trabalho e não ficava muito por ali.
20. M: E quanto a você?
- P: Eu também trabalhava a maior parte do tempo, porque nós não podíamos pagar as contas com um salário apenas; mas ele não gostava. Ele gostava que eu estivesse em casa quando ele voltava à noite do seu emprego.
21. M: Hmm.
- P: Nós discutíamos muito e havia muita briga.
22. M: (surpreso) Briga? Você nunca mencionara isso antes.
- P: Acho que eu me sentia culpada.
23. M: A respeito de que eram as brigas?
- P: Ah!, a respeito de qualquer coisa, mas seguidamente a respeito de eu trabalhar.
24. M: Você trabalhava?
- P: É... ele dizia que eu esfregava na cara dele... Quando nós íamos jogar boliche, ele dizia que eu falava para todo mundo que eu tinha que trabalhar. Isso o deixava furioso, e ele começou a brigar comigo.
25. M: Fisicamente?
- P: Física e mentalmente. Quando ele estava bebendo, ficava muito chateado.
26. M: Ele bebia? Isso é novidade.
- P: Bem, desculpe, eu não conhecia você, e não queria falar mal dele.
27. M: Hmm.
- P: Devo tê-lo deixado com muita raiva.
28. M: Deixado a ele com raiva?
- P: É, ele ficava completamente louco. Certa vez, eu o deixei tão irritado que ele me bateu no rosto e me quebrou o nariz.
29. M: Hmm.
- P: Uma outra vez, ele me bateu no olho e a minha retina descolou. Foi aí que eu perdi o meu emprego, pois não conseguia mais enxergar bem o bastante para colocar os chips nos orifícios e assim fazer a soldagem.
30. M: Maria, parece que você passou por muito abuso.
- P: Mas era minha culpa, ele me disse. Eu comecei.
31. M: O que os seus filhos diziam quando havia tanta briga?
- P: Eles ficavam brabos com ele, e então ele ficava louco comigo, porque dizia que eu os influenciava contra ele. Então eu tentava esconder deles, pois ele ainda é o pai deles e eu não quero que eles fiquem divididos entre nós.
32. M: Atualmente, onde está o seu marido?
- P: Ele anda por aí, em algum lugar.

33. M: Ele não paga pensão para as crianças?
- P: Deveria, mas não paga.
34. M: Você não quer levá-lo à justiça?
- P: Não, ele era meu marido, e não acredito em processá-lo. E não quero fazer isso por causa das crianças... assim eu estou amarrada.
35. M: Amarrada? Mas ele a decepcionou... Você não pode obter nenhum outro tipo de auxílio para as crianças?
- P: Se entrar com um pedido para isso, essas agências irão atrás dele, e não quero que isso aconteça.
36. M: Mas, Maria, o seu marido foi embora, e você ficou com toda a dificuldade das crianças e de tudo o mais.
- P: Eu tenho que passar por isso. Não há necessidade de falar a respeito disso. Eu simplesmente preciso.
37. M: Os seus filhos mais velhos ajudam?
- P: Eles realmente querem estar com os seus amigos do colégio, você entende, sair com eles e se divertir — eu simplesmente tenho que me virar sozinha. Eu estou em uma armadilha. Simplesmente tenho que fazer tudo. Não tem jeito. Tenho que passar por isso.
38. M: Atualmente, você está morando sozinha com os seus filhos?
- P: Bem, mais ou menos... Tem um amigo meu que fica comigo a maior parte do tempo.
39. M: Ah!, entendo. Isso ajuda?
- P: Bem, George já tem seus próprios problemas. Ele é um veterano, foi ferido no Vietnã. Tiveram que amputar o seu pé, e ele ainda tem dor no pé, apesar de ele não estar mais lá. E isso o afetou mentalmente. Ele saiu há pouco do hospital estadual; eles disseram que ele tinha esquizofrenia.
40. M: Como é que você se sente a respeito disso?
- P: Eu me sinto mal, pois sou católica e penso que é um pecado. Porque como uma católica, ainda não estou divorciada.
41. M: Não foi isso que eu quis dizer. Eu me refiro a como você se sente em relação ao George.
- P: Tenho pena dele, ele não é capaz de trabalhar e só tem a pensão dos veteranos.
42. M: Então você arranhou um fardo adicional...
- P: Não consigo ajudá-lo tanto quanto deveria, porque, desde que perdi o meu emprego na fábrica, por causa da minha visão, tenho que trabalhar como garçonne, e isso não paga o suficiente para realmente ajudá-lo.
43. M: A mim parece que você tem dificuldade em pensar em você mesma e em suas próprias necessidades.
- P: Não acho que se deveria só pensar em si mesmo. Eu não posso simplesmente ter pena de mim mesma. E, de qualquer maneira, isso não ajudaria nada.
44. M: Nós deveríamos tentar descobrir por que você não consegue pensar em si mesma.
- P: Eu não sou esse tipo de pessoa.
- É fácil conseguir uma comunicação aparente com a paciente. E essa é a primeira dificuldade. Ela parece se abrir e está pronta para falar de suas falhas, apesar de todos os seus esforços. É aí que o entrevistador pode ficar preso. Poderia-lhe escapar — assim como no caso de Maria — que a paciente cuidadosamente censura aquilo que relata, de modo a aparecer como a vítima.
- Uma outra dificuldade surge quando você tenta discutir os seus problemas e fazê-la reconhecer seu comportamento como autodestrutivo. Se o entrevistador enfoca o comportamento de auto-sacrifício, a paciente se sente criticada sem ser capaz de ver a sua natureza patológica.
- O transtorno de personalidade autodestrutiva é uma das poucas condições nas quais a expressão de empatia não funciona, pois desvaloriza o auto-sacrifício da paciente como um sintoma. A paciente ainda sofre do sintoma incômodo de não investir o suficiente. Se o terapeuta sugere que ela está sobrecarregada, ameaça a sua identidade, o que ela não pode compreender como patológico. Se lhe sugere que ela nega suas necessidades e evita a auto-afirmação para conquistar amor e proteção por meio do sacrifício, ficará estarecida por sua falta de compreensão dos seus motivos. Já que a paciente não pode ser ajudada sem obter *insight* de suas características de comportamento, o seu transtorno de personalidade impede uma ajuda verdadeira.

EPÍLOGO

▲▲▲▲▲

Devo-lhe dizer o que é o conhecimento? É saber o que se sabe e também o que não se sabe.

Confúcio, 551 a 479 a.C.

▼▼▼▼▼

GLOSSÁRIO

Este glossário define aqueles termos do texto que não são encontrados no Glossário do DSM-IV-TR, e também expande algumas definições encontradas no mesmo.

abreação Descarga de tensão emocional por meio da recordação ou revivescência* de uma experiência dolorosa anteriormente reprimida (ver *catarse*).

acalculia Incapacidade para fazer operações aritméticas, observada em lesões de lóbulo parietal; a acalculia é um tipo de afasia.

acatisia Uma condição marcada por uma inquietação motora, que vai da ansiedade à incapacidade de permanecer deitado, sentado ou dormir, como se vê nas reações tóxicas aos neurolépticos. Está associada a um andar constante, balançar ininterrupto dos pés e caminhar no mesmo lugar.

agrafia Perda da capacidade de se comunicar por meio da escrita, habitualmente atribuída a lesões cerebrais e que costumam afetar as áreas da linguagem receptiva ou expressiva.

alucinação (Comparar com o glossário do DSM-IV-TR.) Uma percepção sensorial sem um estímulo externo e que ocorre durante o estado de vigília. Uma alucinação é diferente de um sonho, que também contém percepções sem estímulos externos, mas que ocorre durante o sono. As alucinações podem afetar todos os sentidos. Existem alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas, táteis e vestibulares. Até alucinações de dor podem ocorrer. Em populações psiquiátricas, o tipo de alucinação mais comum é a auditiva, seguida pela visual e a tátil. As alucinações podem ocorrer em um espaço subjetivo, mais do que no objetivo. Assim, uma voz pode ser ouvida na própria mente, em vez de fora da cabeça. Isso se observa tanto na esquizofrenia quanto nos transtornos do humor.

auditiva Essas alucinações são também denominadas de *fonemas*. Os pacientes com psicose funcional referem três tipos de fonemas: 1) vozes que dão ordens ao paciente (alucinações de comando), às quais ele pode seguir ou resistir; 2) vozes que comentam, criticam ou elogiam as ações do paciente, ou repetem os seus pensamentos; ou 3) pensamentos que se tornam audíveis (o termo técnico é uma palavra alemã, *Gedankenlautwerden*, cuja melhor tradução seria *eco do pensamento*). Esses três tipos de fonemas, listados por Kurt Schneider (1959) como sintomas de primeira linha, eram considerados patognomônicos da esquizofrenia. Entretanto, a especificidade dessas alucinações não foi verificada em estudos clínicos. Os pacientes maníacos também apresentam sintomas de primeira linha.

complexidade As alucinações variam de simples a complexas. Exemplos de alucinações simples são ruídos, lampejos de luz ou súbitos cheiros ou gostos desagradáveis (alucinações elementares). Elas seguidamente ocorrem no *delirium* ou na demência e, com menos frequência, na esquizofrenia. Podem preceder ataques epiléticos, especialmente os do lobo temporal, e ataques de enxaqueca (clássica). As alucinações podem ser *complexas e organizadas*, assim como músicas, vozes e conversações inteligíveis ou cenas dramáticas.

congruência com o humor Ver *congruência*.

congruência Ver *congruência*.

dismegalopsia Nas alucinações visuais, os objetos podem ocupar mais espaço e parecer maiores (*macropsia*) ou menores (*micropsia*) do que na realidade são. Ambas as experiências são denominadas de *dismegalopsia*.

distribuição no espaço e no tempo As alucinações podem ocorrer fora do espaço sensorial usual. Um paciente pode ver uma pessoa exatamente atrás de si, onde normalmente não poderia vê-la, ou pode ouvir duas pessoas conversando a centenas de quilô-

*N. de T.: Em inglês: *acting out*.

metros de distância (sem telefones). Essas alucinações são chamadas de *extracampinas*.

dor Os pacientes esquizofrênicos referem alucinações de dor, tais como forças arrancando as carnes dos seus ossos. Referem também a sensação de que um animal, como uma cobra, os está comendo vivos de dentro de seus corpos. Faça a distinção entre esta alucinação e um delírio. A sensação de dor real está ausente no último.

gustativa As alucinações de gosto costumam ser relatadas pelos pacientes esquizofrênicos com delírios de perseguição, para quem a comida tem o sabor de envenenada, como se alguém lhe tivesse acrescentado algo às escondidas (ver *disgeusia*).

hipnagógica Alucinações visuais e auditivas que estão associadas ao início dos períodos de sono REM. Ocorrem fenômenos semelhantes aos sonhos antes do adormecer. Essas experiências são relatadas por pacientes com narcolepsia.

hipnopômpica Ocorre no final do sono (ver *hipnagógica*). Está associada ao sono REM, mas persiste após o término do sono com sonho.

olfativa As alucinações olfativas podem preceder os ataques epiléticos, em especial aqueles do lobo temporal. São descritas como alucinações elementares de curta duração, habitualmente de qualidade desagradável, como borracha queimada, e podem nem sempre ser seguidas de um ataque tipo grande mal. Os pacientes com delírios de perseguição que sofrem de esquizofrenia ou transtornos cognitivos podem referir um cheiro estranho, como de um gás penetrando na casa. Alguns pacientes referem que seu corpo emite um cheiro pútrido, que se origina nos seus órgãos sexuais. Isso pode ocorrer como uma alucinação monossintomática. Essas alucinações olfativas monossintomáticas crônicas costumam ser resistentes ao tratamento com fenotiazinas, tricíclicos, sedativos, inibidores da MAO, carbamazepina, fenitoína, ECT ou combinações destes. Alguns podem responder aos neurolépticos que são também bloqueadores dos canais de cálcio, como a pimozida (Orap).

tátil Percepções do tato. São mais comuns nos transtornos cognitivos. Um exemplo é a sensação de que os insetos estão rastejando sobre a pele do paciente, tal como é relatado no *delirium tremens* devido à abstinência de álcool ou de sedativos. Essa sensação pode ocorrer isoladamente da percepção visual, sendo então denominada *formigamento*.

vestibular Imagens visuais, afetadas por estimulação vestibular, costumam ser observadas nas alucinações alcoólicas. "Sob irritação vestibular, essas imagens mostram alterações como as que ocorrem quando o sujeito é submetido a movimentos de rotação passiva" (Campbell, 1981).

visual Essas alucinações podem ocorrer isoladamente ou em combinação com alucinações auditivas. São encontradas com mais frequência nos transtornos cognitivos agudos em combinação com embotamento da consciência. Uma forma especial é a visão de pequenos animais rastejantes (insetos, ratos ou camundongos), quer vistos sobre o assoalho, quer sobre a pele do paciente. Essa percepção parece ser comum no *delirium* devido à abstinência de hipnóticos-sedativos ou de álcool.

amnésia

anterógrada Refere-se ao esquecimento de acontecimentos que se seguem à lesão cerebral. O paciente não consegue armazenar de forma permanente novos traços de memória. É incapaz de lembrar o que você discutiu com ele uns poucos minutos atrás. Se, durante a entrevista, você repete várias vezes a mesma piada, o paciente vai rir no final, a cada vez.

crônica, do tipo Alzheimer Depende do grau de envolvimento cortical; os pacientes sofrem primeiro da perda de memória recente e imediata; depois, perdem a memória remota. Os parentes habitualmente não entendem as perturbações da memória. Podem referir como "boa memória" as lembranças de acontecimentos da infância do paciente.

crônica, estado amnésico, do tipo Korsakoff Ocorre quando a memória recente está perturbada, mas as memórias imediata e remota estão intactas. Os pacientes Korsakoff podem ser capazes de desenvolver novos traços de memória, mas são incapazes de os recuperar espontaneamente. Entretanto, podem reconhecer parte do material a que foram expostos.

estados amnésicos Um estado de perturbação da memória que se manifesta como incapacidade para aprender informações novas ou lembrar informações previamente aprendidas.

psicogênica O paciente alega incapacidade para relembrar certos acontecimentos ou completa perda de memória. Apesar dessa alegação, não se perde, é capaz de aprender coisas novas e de tomar conta de si mesmo. Frequentemente se detectam inconsistências

na sua falha de memória. A entrevista sob hipnose ou o amital de sódio podem levar à recuperação. Esse tipo de perturbação da memória é um sintoma pseudoneurológico, que ocorre nos transtornos de somatização e conversão e no transtorno de identidade dissociativa. A amnésia psicogênica deve ser distinguida da simulação.

recuperação prejudicada Ocorre no esquecimento normal e na amnésia retrógrada.

retrógrada O paciente esqueceu os acontecimentos anteriores à lesão cerebral. Os psiquiatras encontram este estado, por exemplo, nos pacientes tratados com eletroconvulsoterapia.

simulada O paciente com transtorno de personalidade anti-social ou transtorno factício pode simular amnésia para conseguir compensação. Esse paciente sabe que está simulando. Ele costuma ser desconfiado e hostil quando sente que o entrevistador faz tentativas para recuperar as memórias perdidas. A hipnose e o amital de sódio não são úteis nessa situação.

apraxia

- 1) Incapacidade de desempenhar movimentos voluntários sem dano sensorial ou motor ou
- 2) incapacidade de usar os objetos adequadamente.

atenção Capacidade de focar um assunto ou atividade. Requer a interação da formação reticular ascendente, que regula o estado de vigília; dos lobos frontais, que regulam a concentração voluntária; e do sistema límbico, que adiciona o valor emocional ao foco da atenção.

catarse Uma técnica de liberar a mente, levando a pessoa a recordar uma experiência ou acontecimento traumático. Esta técnica foi usada por Freud inicialmente na sua psicoterapia. A catarse é um método usado para provocar a *abreação*.

catatonia periódica de Gjessing Em investigações controladas sistematicamente, Gjessing demonstrou que, na catatonia periódica, as funções motoras, a ideação e a percepção estão intimamente correlacionadas com alterações do balanço positivo ou negativo do nitrogênio. Os estados catatônicos excitados ou estuporosos alteram-se periodicamente nesses pacientes, mas podem ser inibidos por meio da administração contínua de tiroxina (Gjessing, 1946, 1953a, 1953b; Gjessing e Gjessing, 1961).

coma Perda da consciência e da responsividade aos estímulos externos.

concentração Capacidade de manter a atenção aos estímulos externos, bem como às operações mentais, tais como solução de quebra-cabeças e cálculos. Participam desta função a formação reticular ascendente, que regula o estado de alerta; os lobos frontais, que regulam o enfocar voluntário; e o sistema límbico, que acrescenta um valor emocional à função.

congruência das alucinações e dos delírios Refere-se à relação entre o conteúdo de alucinações ou delírios e o humor prevalente do paciente. Por exemplo, se o humor é depressivo, as vozes que depreciam, acusam ou censuram o paciente estão de acordo com o seu humor, assim como os delírios de doença crônica, destruição, pecado imperdoável e culpa eterna. Contrastando com isso, as alucinações de comando ou idéias de inserção de pensamento, de ser controlado por forças externas, ou de viver o desejo de uma outra pessoa não refletem um humor depressivo — são incongruentes com o afeto.

Relacionada à questão da congruência do humor está a relação de fase entre a presença de alucinações ou delírios e humor anormal. Se as alucinações ou delírios somente ocorrem quando o humor está, claramente perturbado, então eles estão em fase; de outra forma, estão fora de fase.

consciência Um estado de conhecimento subjetivo e responsividade apropriada aos estímulos externos. É controlada pelo sistema ativador ascendente, que se origina na formação reticular do eixo cerebral e se estende até o córtex pelo sistema de projeção talâmica, difusa ou não-específica. Uma falta de alerta aponta para um envolvimento de centros subcorticais. Uma lesão cortical isolada não leva à perda do estado de alerta (para detalhes, ver Strub e Black, 1993).

delírio (Comparar com o glossário do DSM-IV-TR.) Uma crença falsa e fixa firmemente mantida, apesar da óbvia evidência em contrário. Essa crença não costuma ser compartilhada por outras pessoas. A evidência empírica ou os argumentos lógicos não podem mudar a convicção do paciente. Essas idéias não resistem ao teste da realidade. Idéias falsas e fixas também são chamadas de *fenômenos apófanos*, um termo introduzido por Conrad.

congruência Ver *congruência*.

primário (apofania) Experiências não-deduzidas de outros acontecimentos. Podem tomar três formas:

humor delirante, percepção delirante ou delírios súbitos (autóctones). O humor delirante se refere ao sentimento do paciente de estar em perigo ou perseguido ou de que alguma coisa está se armando no seu trabalho, de que as pessoas estão falando dele e evitam falar com ele.

A percepção delirante se baseia em uma percepção real à qual o paciente atribui um novo significado: um paciente se levanta durante uma psicoterapia de grupo e explica que subitamente entende a comunicação entre as pessoas. Explica que viu uma moça numa festa colocar as mãos na cintura, com os dedos indicador e médio alongados, formando a letra "V" invertida. Isso queria dizer que ela gostaria de fazer amor com ele. Ele também explicou outros sinais: tocar o lobo da orelha significa que ela não queria se envolver. Explicou que subitamente compreendeu essa linguagem e podia responder a ela.

O delírio primário (autóctone) se refere à súbita ocorrência de um delírio plenamente formado. Um paciente alegava que estava olhando para suas unhas e detectou pontos brancos nas mesmas. Subitamente, compreendeu que deveria candidatar-se a prefeito e escolher sua cunhada como assessora.

É importante distinguir um delírio de interpretações delirantes, nas quais a percepção pode ter um lugar lógico dentro do sistema delirante. Por exemplo, uma paciente conversa com seu ex-marido por telefone e ouve um estalido. Conclui que ele deve estar gravando a conversa para provar que ela é uma mãe incapaz.

secundário Surge de outras experiências mórbidas, como, por exemplo, do humor perturbado ou de alucinações. Uma paciente alucinada, que ouvia as vozes de sua família a uma longa distância — elas lhe diziam que ela parecia um macaco — concluiu que sua família queria que ela fosse um animal, de forma a que seu marido fosse livre e pudesse controlá-la. Neste exemplo, o delírio é secundário à alucinação auditiva.

discinesia tardia Um transtorno do movimento, habitualmente irreversível, induzido por neuroleptícos. Apresenta-se com estalar da boca, movimentos de rotação da língua e movimentos de agitação dos dedos e pode progressivamente evoluir para envolver o tronco e os membros.

disgeusia Prejuízo ou perversão do sentido do gosto. Os pacientes com depressão frequentemente referem que a carne tem um gosto repugnante de palha.

dislexia Condição de uma pessoa com visão e inteligência normais que não é capaz de interpretar a linguagem escrita.

egodistônico Denota qualquer conteúdo do pensamento ou impulso que a pessoa experimente como não sendo próprio ou não estando sob seu controle voluntário, e sendo repugnante ou inconsistente com a sua concepção de si mesmo (o seu oposto é *egosintônico*).

egosintônico Denota idéias ou impulsos que são aceitáveis e compatíveis com a autopercepção do indivíduo. A pessoa os experimenta como seus próprios e sob o próprio controle.

estado mental Aspecto transeccional do funcionamento psicológico e cortical superior, em oposição à história do paciente, que reflete o ponto de vista longitudinal de seus problemas psiquiátricos. A estrutura de tempo do exame do estado mental é a duração da entrevista, enquanto a da história psiquiátrica é a vida do paciente. A história reflete as experiências importantes relatadas pelo paciente e por outras pessoas significativas, e o estado mental inclui os sintomas atuais do paciente e os sinais e comportamentos objetivos observados pelo entrevistador. A história do paciente reflete os traços recorrentes e estáveis do funcionamento mental, e o estado mental o sempre cambiante aqui e agora. Frequentemente, os entrevistadores incluem fenômenos como alucinações e delírios no seu exame do estado mental, mesmo que não tenham ocorrido durante a entrevista, mas se estiveram presentes nas últimas 24 horas.

estressor Um estressor é um estímulo que põe à prova a capacidade do paciente de responder. Esteja atento à circularidade: um estressor é o que causa uma reação intensa; uma reação intensa identifica um estressor. Um estressor pode estar relacionado a um transtorno psiquiátrico de seis modos diferentes: 1) marcador no tempo, 2) amplificador, 3) consequência, 4) conteúdo patológico do pensamento, 5) desencadeante ou 6) causa de uma disfunção.

amplificador O estressor é parte da rotina da vida do paciente, mas subitamente ele é incapaz de lidar com isso. O estressor revela e amplia a disfunção do paciente. Por exemplo, um paciente que anteriormente era capaz de arcar com as responsabilidades de um colega em férias não consegue fazer isso quando está deprimido. Ele pode acusar a carga de trabalho como a causa de sua depressão, em vez da depressão como a causa de sua incapacidade para dar conta do trabalho.

causa De acordo com o DSM-IV-TR, há dois tipos de transtorno causados por estressores: o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno de adaptação. O transtorno de estresse pós-traumático

pressupõe estressores extraordinários, como tremores de terra, enchentes, guerra, estupro ou atrocidades. Um transtorno de adaptação pode ser causado por um estressor mais comum, como uma doença física, a perda do emprego ou perda de apoio. Se você se deparar com um estressor assim, investigue a reação do paciente. Para sinais e sintomas de ambos os transtornos, ver o DSM-IV-TR.

Não se sabe o que faz com que esses estressores sejam patogênicos para algumas pessoas e não para outras. Também não está claro o que faz com que sejam mais nocivos em um momento, mas não noutra. Antes de aceitar um estressor como causa suficiente de um transtorno de ajustamento, exclua outras possibilidades alternativas.

consequência Divórcio ou perda do emprego referidos como acontecimentos precipitantes de uma doença mental são, na verdade, o seu resultado. A análise da sequência dos acontecimentos revela, por exemplo, que o transtorno precedeu o evento. A irritabilidade, o isolamento social e a diminuição do impulso sexual associados à depressão é que acabaram resultando na discórdia conjugal ou no divórcio, mais do que o divórcio resultando na depressão.

conteúdo patológico do pensamento Durante um episódio depressivo, alguns pacientes que experimentam sentimentos de culpa rastreiam seu passado atrás de razões para se sentirem mal. Às vezes essas razões são bastante delirantes. Por exemplo:

"Quando tinha 5 anos, roubei um selo. Agora as pessoas descobriram e preciso sofrer as consequências. Isso me torna deprimido."

Outras pessoas podem falar de más notícias recentes que as deixam para baixo. Reconheça essas razões como um recheio secundário, isto é, a adequação de um conteúdo ao ponto de vista pessimista típico da depressão.

desencadeante Um estressor pode ser um desencadeante de um transtorno psiquiátrico se o paciente tem uma predisposição para este transtorno. Esse estressor pode ser uma condição médica incapacitante, uma perda pessoal ou a perda de um emprego. As mulheres também referem o início de um episódio depressivo após um estressor biológico e psicológico como o parto (depressão pós-parto) ou após o início da menopausa (depressão involutiva). Entretanto, a literatura é controversa a cerca dessa função de um estressor.

marcador no tempo O paciente considera um acontecimento de sua vida como a "causa" de seu

transtorno, mas revela que o evento meramente ocorreu ao mesmo tempo, habitualmente depois do início da doença.

estupor

1. Nível de alerta: o paciente parece inconsciente e responde à dor somente com alguns movimentos defensivos ou vocalizações. Habitualmente se deve a uma interrupção dos impulsos do sistema de ativação da formação reticular da ponte e do mesencéfalo para o córtex.
2. Condição psiquiátrica especial: o estupor psicogênico ocorre como uma reação de pavor. O paciente parece imóvel e mudo, mas está alerta, sem incontinência da urina ou das fezes. A hipnose ou o amital de sódio interrompem esse estado.
3. No estupor devido a uma condição médica, como o mutismo acinético, encontram-se lesões tumescentes no terceiro ventrículo, no tálamo ou no mesencéfalo. Esses pacientes parecem alertas, reagem levemente à dor, mas são incapazes de falar ou seguir ordens. Caso se recuperem, os pacientes costumam ter uma amnésia completa para este estado. Alguns estados estuporosos estão associados a descargas repetidas no EEG semelhantes à epilepsia tipo grande mal, ou cargas tipo espícula e onda. Na catatonía periódica de Gjessing, foram descritas ondas lentas no EEG.

catatônico O paciente está mudo, com a tensão muscular aumentada, especialmente nos músculos anteriores do pescoço, dos masseteres e dos músculos ao redor da boca, dando origem ao assim chamado espasmo do nariz e da boca. O paciente não responde aos estímulos dolorosos ou à anestesia, é incontinente quanto à urina e pode apresentar catalepsia. O paciente costuma estar alerta. Injeções de amital de sódio podem quebrar o mutismo, assim como o ECT.

depressivo O paciente pode parecer confuso, perplexo e desorientado. Não costuma haver obstrução, oposição, catalepsia ou aumento na tensão muscular. Está alerta, mas parece deprimido. Não há incontinência de urina ou fezes. A resposta aos estímulos está presente. Os pacientes mais estuporosos devem fazer um EEG e uma punção lombar para descartar outras causas médicas.

euforia Estado mórbido ou anormal de bem-estar físico ou emocional.

eutímia Alegria ou tranquilidade mental.

excitação Um aumento paroxísmico na atividade motora. Pode ocorrer nas mesmas doenças que estão associadas ao estupor, isto é, a esquizofrenia, dos tipos catatônico e paranóide, e os transtornos do humor.

maníaca O paciente apresenta um afeto hostil ou eufórico; mostra fuga de idéias e aumento nos movimentos expressivos e dirigidos a um objetivo.

paranóide Os pacientes com esquizofrenia, do tipo paranóide, podem experimentar um aumento na intensidade de fonemas* (alucinações de vozes que conversam) e reagir com uma atividade motora aumentada.

fala A formação mecânica de palavras pelo aparelho muscular da boca, língua, diafragma e cordas vocais e pelos centros diretores e organizadores das funções dos centros da fala no hemisfério dominante do cérebro.

conceito das palavras A maneira como as palavras são usadas. Se as palavras são usadas corretamente, na maneira convencional e no nível correto de abstração.

escandida As vogais e as consoantes sonoras (*m*, *n*) são alongadas. A fala é lenta, com uma cadência escorregadia (esclerose múltipla).

fluxo A continuidade da produção verbal.

murmurada Fala hesitante, de baixa intensidade, com articulação limitada e pausas e lentificações antinaturais (Coréia de Huntington).

neologismo Uma palavra recém-criada e sem sentido.

parafásica Fala na qual o paciente substitui a palavra correta por uma errada. Esta palavra incorreta pode ser inventada. Por exemplo, "Eu escrevi uma carta para o meu criston" (parafasia por neologismo). A palavra errada pode ser correta semanticamente, mas incorreta logicamente. Por exemplo, "Eu escrevo uma carta com o meu carro" (parafasia semântica). A palavra errada pode mostrar a substituição de apenas uma única letra. Não fora essa letra, a palavra estaria correta. Por exemplo, "Eu escrevi uma carta com a minha caretta" (parafasia literal).

premente O paciente tem urgência de continuar falando, e não pode ser interrompido.

retardada Lenta, com muitas pausas.

staccato O oposto da fala escandida — consiste em palavras que são abreviadas e apresentadas abruptamente (epilepsia psicomotora).

taquilalia Não há pausas entre as palavras e as frases. As palavras são incompletas e fluem umas sobre as outras, e muita coisa é dita em um curto espaço de tempo. O paciente pode ser interrompido se a taquilalia não estiver combinada com a fala premente.

flexibilidade cérea Habitualmente observada na catalepsia, permite aos membros serem moldados em posições estranhas, nas quais permanecem.

folie à deux Ocorrência de um transtorno semelhante, habitualmente um delírio, em duas pessoas intimamente relacionadas e ocorrendo ao mesmo tempo.

fonemas Ver *alucinações auditivas*.

humor O sentimento de prazer ou desprazer pelo qual uma pessoa experimenta a si mesma, o mundo externo e suas reações a ambos. Distinga humor de afeto. Afeto é a manifestação exterior de emoção observável por você. O humor é a emoção básica experimentada subjetivamente, que não está escrita na face nem no corpo, mas pela qual você tem que perguntar.

reatividade Refere-se às alterações de humor devidas a acontecimentos externos, como um humor deprimido que se normaliza em resposta a uma experiência favorável.

insight Refere-se ao conhecimento do paciente de que os sintomas de seu transtorno são anormais e mórbidos. Por exemplo, um paciente tem *insight* quando se dá conta de que seus delírios ou alucinações são incompatíveis com a realidade e são, portanto, produto de uma doença. Não tem *insight* quando lhes confere realidade e alega, por exemplo, que somente ele tem a capacidade de percebê-los em virtude de seus poderes especiais.

irritabilidade Hipersensibilidade e hiper-reatividade aos estímulos externos.

labilidade afetiva Alterações extremas de afeto — dentro de minutos — que ocorrem espontaneamente ou são desencadeadas por mudanças no conteúdo do pensamento, com frequência observadas em pacientes com transtorno cognitivo ou bipolar.

maneirismo Uma modificação peculiar ou exagero dos movimentos, da fala, da escrita ou da maneira de se vestir.

memória A capacidade de relembrar acontecimentos, experiências, impressões e fatos passados. É geralmente subdividida em:

imediate ou de curto prazo Recordação de acontecimentos dos últimos segundos.

recente Recordação de acontecimentos dos últimos meses e dias até os últimos minutos.

remota Recordação de impressões da infância e de anos atrás. Esses três tipos de memória correspondem a diferentes funções cerebrais necessárias para reproduzi-las: o córtex da linguagem é essencial para a recordação imediata, as estruturas límbicas para a memória recente e o córtex de associação para a memória remota.

mioclônus Ver *movimentos, mioclônus*.

movimentos

atetóicos Movimentos involuntários das extremidades, lentos, grosseiros e sinuosos. São mais pronunciados na parte distal do que na proximal dos membros.

coréicos Movimentos involuntários rápidos, abruptos, em safanão, que lembram partes de movimentos expressivos ou reativos.

dirigidos a um objetivo Necessários para realizar todas as tarefas físicas e as ações intencionais.

espontâneos Incluem esfregar o nariz e as mãos, puxar os lóbulos das orelhas, cobrir a boca, pigarrear, piscar, engolir, bater os pés, andar de um lado para o outro, roer as unhas, fazer caretas e movimentos estereotipados.

estereotipados São realizados de maneira uniforme. Podem lembrar movimentos expressivos ou dirigidos a um objetivo. Por exemplo, fazer caretas é um movimento estereotipado dos músculos faciais.

expressivos Projetam as emoções do paciente em expressões faciais, gestos e posturas.

mioclônus Contrações musculares súbitas restritas a uma área do corpo.

reativos Ocorrem em resposta a estímulos táteis, visuais ou auditivos. O indivíduo sobressalta-se, hesita e automaticamente vira a cabeça em direção ao estímulo.

relativos à aparência Ver *espontâneo*.

mutismo Ausência da fala.

acinético O paciente está mudo e imóvel, mas seus olhos são capazes de seguir as pessoas à sua volta e podem ser desviados pelo som. Um estímulo doloroso às vezes evoca um reflexo ou movimentos fracos, mas nenhuma manifestação de dor ou emoção. Ao que se presume, o mutismo acinético se deve à interrupção incompleta da formação reticular.

nível de atividade Capacidade de tomar decisões, iniciar e completar ações e se sentir satisfeito. Várias áreas do cérebro participam desta função complexa: a formação reticular contribui com o estado de alerta; o sistema límbico regula o tom e a motivação emocional; o hemisfério dominante fornece várias partes das funções de memória e linguagem; o lobo frontal dirige o controle e as funções executivas.

orientação Refere-se à capacidade do paciente de identificar a si mesmo (orientação quanto à pessoa), de saber onde está (país, estado, cidade, endereço, hospital, quarto, número — orientação quanto ao espaço) e saber o tempo (ano, mês, data e hora do dia — orientação quanto ao tempo).

parafasia ou parafrasia Transtorno que se caracteriza por uma fala incoerente.

pavor Medo extremo e súbito.

pensamento

abstrato A capacidade de usar símbolos, como "cachorro", e generalizar para uma classe de símbolos, como "um cachorro é um animal de quatro patas e que late".

bloqueio do pensamento Cessação involuntária e súbita na corrente do pensamento.

concreto A incapacidade de abstrair.

perplexidade Um sinal observado mais comumente nos transtornos cognitivos, mas às vezes nos transtornos do humor e de ansiedade. A capacidade do paciente para compreender uma situação e as suas capacidades de memória, atenção e vontade estão perturbadas.

postura Manutenção do tônus muscular contra a gravidade.

catalepsia O paciente mantém uma postura anormal por minutos ou horas. A flexibilidade cérea ou catalepsia deve ser diagnosticada quando acontecer de o paciente ter seus membros superiores ou inferiores passivamente movimentados e, sendo instruído a retornar à posição de repouso, não retornar a ela.

*N. de T.: Embora se trate de palavra não-dicionarizada em português, propomos "fonema" como tradução, dada a estrutura latina da palavra.

flexibilidade cêrea O paciente oferece alguma resistência plástica aos movimentos impostos pelo examinador e mantém a postura final por algum tempo.

postura patológica O paciente mantém seu corpo em uma postura estranha.

pseudo-alucinação O termo tem vários significados. As alucinações podem ser percebidas em um espaço subjetivo mais do que no espaço objetivo: "É uma voz na minha mente", em vez de "Eu ouço as vozes como ouço a sua voz". O paciente pode negar que a sua percepção tenha a mesma qualidade que a percepção real. Pode sentir que tem controle sobre ela, pode fazê-la aparecer e desaparecer ou tem *insight* e consegue identificar que é uma alucinação.

pseudoconvulsão Um acontecimento clínico que parece uma convulsão tipo grande mal, mas ao qual faltam os componentes essenciais, como as alterações eletroencefalográficas, e tem achados clínicos incompatíveis com um ataque tipo grande mal, como ser induzido ou terminado por um comando simples ou sugestão hipnótica. Esses pacientes costumam alegar que podem ouvir e ver o que está acontecendo em seu ambiente, mas não são capazes de responder. Autoferimentos causados por quedas, morder a língua ou incontinência são extremamente raros.

reação de aniversário Sintomas ou comportamento perturbado que ocorre no aniversário de uma experiência importante na vida do paciente (habitualmente uma perda).

salada de palavras Fluência contínua e sem sentido de palavras, sem pausas e com substantivos incorretos. As palavras consecutivas não são ligadas por um significado. A saladade de palavras costuma ser um sinal de lesão do centro da fala de Wernicke, no lobo temporal dominante.

simulação Fingimento de se ter uma doença ou sintoma.

sinal de ômega Sobrancelhas muito juntas com as extremidades mediais levantadas obliquamente, produzindo sulcos verticais e horizontais no meio da testa. Pensa-se que este sinal indique a presença de depressão.

síndrome de Gerstmann Joseph Gerstmann (1888-1969), neurologista americano, descreveu um complexo sintomático, consistindo em agnosia dos dedos, desorientação direita-esquerda, acalculia e agrafia. Podem estar presentes achados adicionais: apraxia construtiva, difi-

culdade para encontrar as palavras, perturbação da capacidade para leitura, prejuízo na percepção das cores, ausência do nistagmo optocinético e perturbação do equilíbrio.

sugestionabilidade Uma condição na qual a pessoa responde prontamente às sugestões ou opiniões dos outros, ao ponto de uma aceitação sem crítica.

tipo corporal (Kretschmer, 1925; Sheldon e Stevens, 1942)

displástico Obeso, com abundância de tecido adiposo no torso e nos membros.

ectomórfico Predominância das estruturas desenvolvidas a partir das camadas ectodérmicas do embrião: esguio, magro, com membros relativamente longos. Pensa-se que esteja associado à esquizofrenia.

endomórfico Predominância de estruturas desenvolvidas a partir das camadas endodérmicas, *tipo pícnico* (corpo gordo, com protrusão do abdômen). Pensa-se que esteja associado ao transtorno bipolar.

mesomórfico Predominância das estruturas derivadas do mesoderma, compleição corporal atlética.

torpor Inatividade anormal, letargia, entorpecimento, apatia.

transferência O deslocamento inconsciente de um padrão de afeto e comportamento de uma pessoa para outra; especialmente a transferência da emoção do paciente, originalmente dirigida às figuras parentais, ao terapeuta, como resultado da identificação inconsciente.

tremor Alternância rápida de contração de grupos musculares antagonistas das pálpebras, da língua, dos lábios, da cabeça, da parte superior do tronco, das extremidades e das mãos. Os tremores podem ser classificados por sua frequência, amplitude, regularidade e relação com os movimentos voluntários. O último critério costuma ser o mais usado na maioria das descrições.

ação Ocorre quando o membro é mantido voluntariamente em uma certa posição. Desaparece quando o membro está relaxado. As pessoas normais têm um tremor muito fino ligado à ação. É de seis movimentos por segundo nas crianças e 10 movimentos nos adultos.

agitação hepática Uma forma especial de tremor ligado à ação. Fica mais bem-demonstrado quando as mãos do paciente são mantidas na frente do corpo

e em dorsiflexão intensa, com os dedos afastados ao máximo uns dos outros. Periodicamente, as mãos caem devido à gravidade. As tentativas voluntárias de trazê-las de volta à posição levam a surtos de movimentos rápidos, arritmicos, de flexão e extensão (asterixe).

estático ou de repouso Ocorre quando o membro está em repouso. Mostra de três a sete batidas por segundo e é suprimido temporariamente com os movimentos voluntários. Portanto, não interfere muito com os atos motores voluntários, como a escrita.

intenção Um tremor que ocorre com os movimentos. Costuma aumentar próximo ao fim da conclusão do movimento. Se pedir ao paciente que toque o dedo do examinador, o dedo do paciente pode oscilar mais e mais tanto mais se aproxima do objetivo.

Verhältnisblödsinn Discordância entre ambição e compreensão, entre desejo e capacidades. Muitos pacientes com *Verhältnisblödsinn* continuamente iniciam novos negócios, persuadem os outros com falsos argumentos a investir dinheiro em suas especulações comerciais e então perdem o controle financeiro, falham em toda parte e envolvem os outros em sua ruína. Alguns pacientes obtêm fundos ou bolsas de estudos presumivelmente para desenvolver talentos artísticos que não têm. A inteligência dos pacientes com *Verhältnisblödsinn* é suficiente para um nível social modesto; entretanto, tais pacientes usam manobras para chegar a posições que não podem ocupar. Muitos desses pacientes têm o pensamento confuso (traduzido a partir de Bleuler, 1972, p. 585).

vigilância A capacidade de sustentar a atenção em um estímulo externo ao longo de algum período de tempo arbitrário.

APÊNDICE

A ENTREVISTA EXECUTIVA (EXIT) E A AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA DEMÊNCIA (QED)

A perturbação das funções de controle executivo é um importante critério diagnóstico da demência, conforme definido pelo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Royall e cols. (1992) desenvolveram um instrumento, denominado Entrevista Executiva (EXIT), para medir essas funções no leito. Eles também desenvolveram uma escala, a Avaliação Qualitativa da Demência (QED; Royall e cols., 1993), que separa a demência em dois tipos clínicos — o tipo cortical, que se caracteriza por desinibição, e o subcortical, caracterizado pela apatia. Embora a homogeneidade desses subgrupos ainda precise ser confirmada, eles oferecem ao clínico um procedimento operacional para avaliar e descrever diferenças qualitativas na cognição e no comportamento.

A ENTREVISTA EXECUTIVA (EXIT)

Nome do paciente: ____

Data: ____

Idade: ____

Sexo: ____

Diagnóstico: ____

Escolaridade (em anos): ____

Escore Total no Teste: ____

Observações de testagem global

Durante a entrevista, registre sinais e comportamentos que indicam perturbação das funções executivas. Sete tipos de comportamentos patológicos podem ser observados:

1. Perseveração
2. Comportamento imitativo
3. Intrusão
4. Sinais de liberação frontal
5. Falta de espontaneidade/necessidade de estimulação
6. Comportamento desinibido
7. Comportamento de utilização

Observe que cada um dos 25 itens da EXIT pode refletir um ou mais comportamentos patológicos. Oferecemos definições curtas dos sete tipos, da forma como se aplicam à EXIT, e exemplos logo a seguir. (E = entrevistador; P = paciente)

1. Perseveração. O paciente responde com o comportamento solicitado, mas o repete muitas vezes de forma inadequada.

Exemplos

Item 1:

P: 1A, 1A, 1A.
ou, P: 1A, 1B, 1C.
ou, P: 1A, 2A, 3A

Item 2:

P: América, América, América

Item 3:

P copia um dos exemplos do teste ou um de seus próprios desenhos muitas vezes.

2. Comportamento imitativo. O paciente repete as palavras (ecolalia) ou comportamentos (ecopraxia) do entrevistador, em vez de reagir a elas.

Exemplos

Item 1:

E: 1A, 2B, 3-?
P: 1A, 2B, 3-?

Item 2:

P: Pessoa, pote, plano.

Item 3:

O paciente copia as duas figuras do teste.

Itens 16, 20, 25:

Resposta patológica.

3. Intrusão. Inadequadamente, o paciente inclui itens de uma tarefa anterior em sua resposta.

Exemplos

Item 2:

Observe intrusão de elementos do ambiente.
P: América, machado, pássaro, piando, ninho.

Item 3:

O paciente começa uma ou duas figuras, mas depois passa a desenhar figuras relacionadas, como cruz, caixa, janela, casa, árvore, carro.

Itens 6 e 7:

Respostas patológicas.

4. Sinais de liberação frontal. Reflexos que ocorrem em pacientes com lesões do lobo frontal. Dois destes sinais de liberação frontal, o reflexo de preensão e o do muxoxo, são testados pelos itens 10 e 13, respectivamente.

Exemplos:

Item 10:

Resposta patológica. Observe quando a preensão do paciente é tão firme que você pode removê-lo da cadeira.

Item 13:

Resposta patológica. Observe se o paciente, além do reflexo de muxoxo, exibe franzimento da boca antes mesmo da batida (reflexo de sucção).

5. Falta de espontaneidade/necessidade de estimulação. O entrevistador tem que incentivar o paciente muitas vezes a realizar as tarefas. O paciente responde com um longo tempo de latência. Ele dá somente uma resposta quando várias são solicitadas.

Exemplos:

Item 1:

P: 1.
E: E que letra?
P: A.
E: O que vem depois?
P: 2.

O paciente responde corretamente, mas precisa de incentivo para continuar.

Item 5:

Resposta patológica.

Item 22:

P: Dezembro (e olha para o entrevistador)

E: Continue!

P: Novembro (e pára de novo)

6. Comportamento desinibido. O paciente responde conforme solicitado, mas ignora as especificações limitantes do teste.

Exemplos:

Item 1:

O paciente continua após o sinal de parar, por exemplo, dizendo: "6F, 7G, 8H".

Item 2:

P: América, América (começa a cantar o hino nacional)

Item 4:

Resposta patológica.

Item 25:

P: (toca o pulso do entrevistador) "Pulso".

7. Comportamento de utilização. O paciente substitui a resposta lógica ou solicitada por uma resposta que reflete um hábito social ou uso frequente.

Exemplos:

Item 3:

P olha para a folha e assina seu nome.

Item 11:

P: Não tem de quê.

Item 24:

Resposta patológica.

Materiais necessários para a EXIT

- Cronômetro
- Três cartões com os itens 5 (gato caçando passarinho), 7 (marrom) e 23 (quatro peixes e concha)
- Duas folhas de resposta para os itens 2 (fluência com palavras) e 3 (fluência no desenho)

Instruções	0	1	2	Pontuação
1. Tarefa de números-letas E: Gostaria que você me dissesse alguns números e letras, da seguinte forma: "1A, 2B, 3"— O que viria depois? P: C. E: Agora é a sua vez, começando com o número 1. Continue até eu mandá-lo parar. P: 1A, 2B, 3C, 4D, 5E.... E: Pare.	Nenhum erro	Necessita incentivo	Não completa a tarefa	
2. Fluência com palavras E: Vou lhe dar uma letra. Você tem UM MINUTO para dizer o máximo de palavras que puder pensar que começam com esta letra. Por exemplo, com a letra P você pode dizer "pessoa", "pote", "plano" e assim por diante. A letra é A. Comece! <i>[Acione o cronômetro, registre as palavras do paciente na Folha de Respostas 1, para fluência com palavras (ver p. 321), e pare depois de 1 minuto.]</i>	10 ou mais palavras	5 a 9 palavras	Menos de 5 palavras	
3. Fluência no desenho E: <i>[Desenhe duas figuras na Folha de Respostas 2 (ver p. 322)]:</i> E: Olhe para estas figuras. Cada uma delas é feita de apenas quatro linhas. Vou lhe dar UM MINUTO para desenhar o máximo de figuras diferentes que puder. Elas devem ser diferentes entre si e serem compostas de quatro linhas. Agora, comece! <i>(Entregue ao paciente a Folha de Respostas 2, na qual você desenhou as duas figuras. Acione o cronômetro e pare-o depois de 1 minuto. Figuras corretas podem conter curvas.)</i>	10 ou mais figuras originais, sem cópias dos exemplos	5 a 9 figuras originais	Menos de 5 figuras originais	
4. Repetição anômala de frases E: Escute com atenção e repita estas frases com exatidão: 1) Ordem ou progresso 2) Atirei o pau no pato. 3) Quem espera sempre cansa. 4) Batatinha quando nasce, se esparrama pelo chão 5) A B C D U F G	Nenhum erro	Um ou mais erros	Continua uma ou mais frases (por exemplo, "Atirei o pau no gato-to, mas o gato-to não morreu.")	
5. Percepção temática <i>(Mostre ao paciente a figura do gato caçando o passarinho.)</i> E: Diga o que está acontecendo na figura.	Conta espontaneamente uma história <i>(História = local, três personagens, ação)</i>	Conta uma história com algum incentivo <i>("Mais alguma coisa?")</i>	Não conta nenhuma história, apesar de incentivo	
6. Tarefa de memória/distração E: Memorize estas três palavras: livro, árvore, casa. <i>(Peça ao paciente para repeti-las até que tenham sido registradas)</i> Memorize-as. Vou pedir que você as repita mais tarde. Agora, solete gato para mim... Certo. Agora, solete de trás para a frente. O.k. Diga-me quais foram as três palavras que memorizamos.	Repete as três palavras corretamente, sem gato <i>(O entrevistador pode usar o incentivo "Mais alguma coisa?")</i>	Outras respostas <i>(descrever)</i>	Indica gato como uma das três palavras <i>(intrusão)</i>	
7. Tarefa de interferência <i>(Mostre o cartão com a palavra marrom e passe o dedo indicador por cima de todas as letras.)</i> E: De que cor são estas letras?	Pretas	P: Marrons <i>(Repita a pergunta uma vez);</i> P: Pretas.	P: Marrons <i>(Incentivo);</i> P: Marrons <i>(intrusão)</i>	
8. Comportamento automático I E: Por favor, estenda suas mãos para a frente, com as palmas para baixo. Relaxe enquanto eu testo seus reflexos. <i>(Gire os braços do paciente, um de cada vez, pelo cotovelo, como se fosse testar a presença do sinal da roda dentada. Avalie a participação/anticipação ativa do paciente na rotação.)</i>	Permanece passivo	Ambíguo	Copia ativamente o movimento circular	
9. Comportamento automático II E: Por favor, estenda as mãos, com as palmas viradas para cima. Relaxe. <i>(Empurre as mãos do paciente para baixo — delicadamente, de início, e depois aumentando a força. Avalie a participação ativa do paciente na resposta.)</i>	Sem resistência, permanece passivo	Ambígua	Resistência ou participação ativa	
10. Reflexo de preensão E: Por favor, estenda as mãos, com as palmas abertas viradas para baixo. Relaxe. <i>(Delicadamente, acaricie ambas as palmas do paciente, das raízes às pontas dos dedos, com suas duas mãos viradas para cima e com os dedos ligeiramente curvados. Esteja atento a gestos de apreender/segurar nos dedos do paciente.)</i>	Ausentes	Ambíguos	Presentes	

(continua)

Instruções (continuação)	0	1	2	Pontuação
11. Hábito social (<i>Fite os olhos do paciente. Silenciosamente, conte até três enquanto mantém o olhar fixo no dele. Depois diga:</i> E: Obrigado.	Responde com uma pergunta (por exemplo, "Obrigado por quê?")	Outras respostas (descrever)	P: Não tem de quê.	
12. Impersistência motora E: Estique a língua para fora e diga "aah" até eu mandá-lo parar... Comece!" (<i>Conte até três silenciosamente. O paciente deve sustentar um tom constante, não "ah... ah...ah..."</i>)	Completa a tarefa espontaneamente	Completa a tarefa se o entrevistador a modela	Não realiza a tarefa mesmo modelada pelo entrevistador	
13. Reflexo do muxoxo E: Relaxe. (<i>Lentamente, leve seu dedo indicador na direção dos lábios do paciente, parando momentaneamente a 5 cm deles. Então pouse o dedo verticalmente sobre os lábios, tocando-os, e bata de leve nele com a outra mão, de modo que o dedo cruzado toque o lábio superior do paciente. Observe se ocorre franzimento dos lábios antes e depois da batida.</i>)	Ausente	Ambíguo	Presente	
14. Tarefa do dedo-nariz-dedo (<i>Levante seu dedo indicador.</i>) E: Toque o meu dedo. (<i>Deixando o dedo no lugar, diga:</i>) E: Agora toque o seu nariz.	Realiza a tarefa, usando a mesma mão.	Outra resposta (descrever)	Realiza a tarefa com a outra mão, enquanto continua a tocar o dedo do entrevistador	
15. Tarefa de vai/não vai E: Quando eu tocar o meu nariz, você vai levantar o dedo assim. (<i>Levante seu dedo indicador (D).</i>) Quando eu levantar o meu dedo, você vai tocar no seu nariz assim. (<i>Toque no seu próprio nariz (N) com o indicador.</i>) E: Por favor, repita minhas instruções. (<i>Comece a tarefa. Deixe o dedo no lugar enquanto aguarda a resposta do paciente. A coluna da esquerda mostra as respostas corretas.</i>)				

Entrevistador	Paciente	Realiza a sequência corretamente, p. ex., N-D-N-N-D	Correta, necessita incentivo/repetição das instruções	Falha na sequência, apesar do incentivo/repetição das instruções
D	N D			
N	D N			
D	N D			
D	N D			
N	D N			
16. Ecopraxia I E: Agora escute com atenção. Quero que você faça exatamente o que eu mandar. Pronto? Toque sua orelha! (<i>Toque seu nariz e mantenha o dedo lá.</i>)		Toca a própria orelha	Outra resposta (descrever). (<i>Atente para a postura a meio caminho</i>)	Paciente toca o nariz
17. Sequência de mãos de Luria I E: Você consegue fazer isso? (<i>No ar, faça um único movimento de bater martelo com o braço, com o punho fechado. Depois repita com a palma da mão aberta, num movimento de cortar. Alterne entre movimentos de martelar e cortar. Pare. O paciente pode usar qualquer um dos braços.</i>)		Quatro ciclos sem erros depois que o entrevistador pára	Quatro ciclos com incentivos verbais adicionais ("Continue") ou modelagem	Sem sucesso, apesar do incentivo/modelagem (<i>Atente para posturas a meio caminho</i>)
18. Sequência de mãos de Luria II E: Você consegue fazer isso? (<i>Modele três movimentos de mão no seu joelho ou na mesa: 1) bater com a palma da mão, 2) martelar com o punho, 3) cortar com a lateral da mão aberta.</i>) E: Agora repita o que eu fizer. (<i>Repita a sequência de três movimentos.</i>) E: Continue fazendo isso até eu mandá-lo parar. (<i>Pare, deixe o paciente repetir três ciclos, mande-o parar.</i>)		Três ciclos sem erros depois que o entrevistador pára	Três ciclos com incentivos verbais adicionais ("Continue") ou modelagem	Sem sucesso
19. Tarefa de preensão (<i>Com as duas mãos, forme uma pistola (p. ex., um punho com o indicador esticado e o polegar ereto). Aponte ambos os indicadores um para o outro na frente do seu corpo, deixando um espaço de 2,5 cm entre eles.</i>) E: Aperte os meus dedos.		Aperta os dedos	Outra resposta (descrever)	Junta as mãos do entrevistador

(continua)

Instruções (continuação)	0	1	2	Pontuação
20. Ecopraxia II (<i>Subitamente e sem avisar, bata palmas uma vez.</i>)	O paciente não imita	Hesita, incerto	Imita o gesto	
21. Tarefa de comando complexo E: Coloque a mão esquerda no alto da cabeça e feche os olhos... Muito bem. (<i>Fique indiferente, inicie rapidamente a tarefa seguinte.</i>)	Pára quando começa a tarefa seguinte	Ambíguo — mantém a postura durante parte da tarefa seguinte	Mantém a postura durante toda a tarefa seguinte — tem que ser instruído a parar	
22. Tarefa de reversão de ordem seriada E: Por favor, recite os meses do ano. (<i>Desconsidere os erros do paciente.</i>) E: Agora, comece por janeiro e recite de trás para a frente. (<i>Peça ao paciente que pare após setembro se ele estiver recitando corretamente.</i>)	Recita Janeiro, Dezembro, Novembro, Outubro, Setembro...	Resposta correta, mas com incentivo	Sem sucesso, apesar do incentivo	
23. Tarefa de contar (<i>Mostre ao paciente a figura dos peixes. Bata em cada item em sentido horário.</i>) E: Por favor, conte em voz alta os peixes neste desenho.	Quatro	Menos de quatro	Mais de quatro	
24. Comportamento de utilização (<i>Segure uma caneta perto da ponta e apresente-a dramaticamente para o paciente, perguntando:</i>) E: Como se chama isso?	P: Caneta	Estende a mão, hesitante	Pega a caneta do entrevistador	
25. Comportamento imitativo (Ecopraxia III) (<i>Levante o pulso, flexione-o para cima e para baixo e aponte para ele.</i>) E: Como se chama isso?	P: Pulso	Outra resposta (descrever)	Flexiona o próprio pulso para cima e para baixo	
Pontuação				
Pontuação final				

Nota: E = entrevistador; P = paciente.

Folha de respostas 1 da EXIT para o Item 2: Fluência com palavras

Anote todas as palavras que o paciente citar em 1 minuto.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Folha de respostas 2 da EXIT para o Item 3: Fluência em desenho

Desenhe duas figuras usando quatro linhas para cada uma.

Pontuação na EXIT e Atividades da Vida Diária (AVD)

Pontuação	AVD
0-10	Vida independente, normal, sem supervisão de sujeitos-controle (pessoas normais com 11 anos ou mais)
11-12	Ambíguo
13-17	Vida com supervisão mínima em apartamentos, com uso adequado de estacionamentos e cozinhas (pessoa normal de 8 a 10 anos)
18-23	Lar grupal, cuidados residenciais, inapto para dirigir, não-institucionalizado, refeições normais, incapaz de fazer compras ou cozinhar independentemente (pessoa normal de 6 a 7 anos)
24-32	Instalações geriátricas especializadas, institucionalizado, enfermeiras, gráficos, alimentado na unidade, atividades de reabilitação (pré-escolar normal)
33-50	Demência do tipo Alzheimer, unidades de cuidados especiais

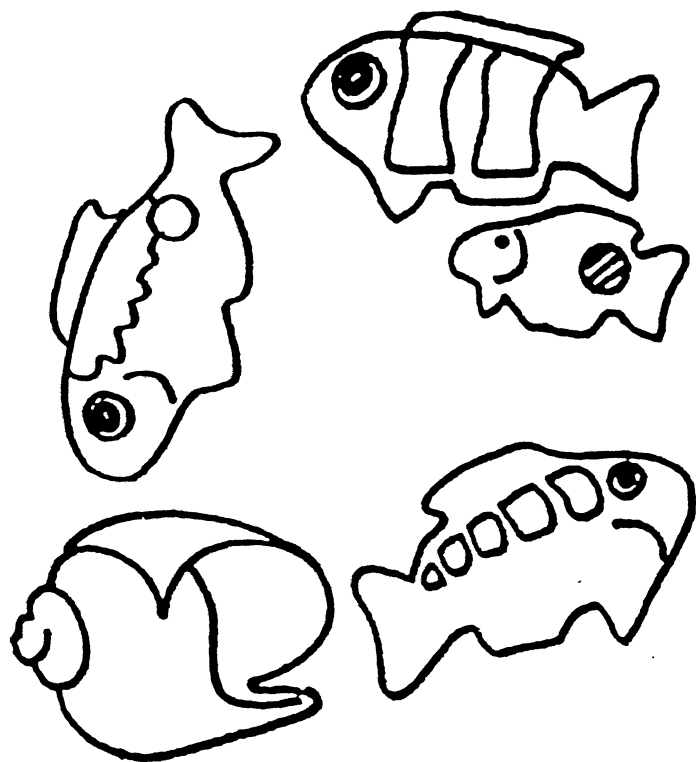
Cartão para o Item 5



Cartão para o Item 7

marrom

Cartão para o Item 23

AVALIAÇÃO QUALITATIVA
DA DEMÊNCIA (QED)

A Avaliação Qualitativa da Demência (QED) é um instrumento criado para operacionalizar, padronizar e quantificar os conceitos clínicos de demência cortical e subcortical. O exemplo clássico de uma demência predominantemente cortical é a demência do tipo Alzheimer; exemplos de demências predominantemente subcorticais incluem a demência vascular e a demência devida ao transtorno depressivo maior. Esta subtipificação das demências se sobrepõe às divisões em demência reversível e irreversível, ativa e passiva, e desinibida e apática.




A QED discriminou pacientes com provável demência do tipo Alzheimer ($n = 17$) de 1) daqueles sem de-

mência tal como definida pelos critérios do National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) e da Alzheimer Disease and Related Disorders Association ($n = 22$), e 2) pacientes com demência sem evidências de afasia, agnosia, apraxia de construção ou déficits de memória que não melhoraram com incentivos ($n = 46$) (Royall e cols., 1993). Em outro estudo, a QED distinguiu 29 sujeitos com demência devida a transtorno depressivo maior de 35 sujeitos com demência devida a uma provável doença de Alzheimer ($n = 22$) ou demência do tipo lobo frontal ($n = 13$). Estas duas últimas demências corticais não puderam ser discriminadas (Royall e cols., 1994).

INSTRUÇÕES

Para cada domínio, determine, primeiramente, se existe uma anormalidade. Se não, classifique como **NORMAL = 1**. Se existe um déficit, você **DEVE** escolher entre as alternativas disponíveis. Caso não haja informação suficiente, classifique como 1.

Domínio	Características clínicas			Pontuação
	0	1	2	
Entrevista	Sem espontaneidade Respostas curtas Pouca elaboração	Normal	Espontânea e/ou tangencial. Pode ser premente	<input type="text"/>
Entrevista	Levado à entrevista Pouca participação Necessidade de incentivo	Normal	Desinibido Socialmente, hábil mas inadequado	<input type="text"/>
Memória	Recorda 1 ou 2 de 3 palavras espontaneamente com incentivos	Normal	Incapaz de recordar 3 palavras após distração. Incentivos não auxiliam	<input type="text"/>
Orientação	Desorientado apenas quanto ao tempo	Normal	Desorientado quanto a lugar ou pessoa	<input type="text"/>
Linguagem	Apenas déficits leves de compreensão ou encontrar palavras	Normal	Parafasias Pouca compreensão Afasia fluente ou não-fluente, fala vaga ou vazia	<input type="text"/>
Fala	Disártrica Hipofônica	Normal	Perseverativa, embotada, difícil ou murmurada	<input type="text"/>
Liberção frontal	<i>Gegenhalten</i> ou sinais motores leves, mas sem muxoxo ou preensão	Normal	Presença de muxoxo ou preensão	<input type="text"/>
Julgamento	Preocupado, queixa-se, rumina. Diz "Eu não sei" ou "Eu não consigo"	Preocupação normal	Pouco <i>insight</i> . Nega déficits. Confabula	<input type="text"/>
Total da página 1				<input type="text"/>

Domínio	Características clínicas			Pontuação
	0	1	2	
Construções (Ver Miniexame do Estado Mental (Folstein e cols., 1975))	Reconhecíveis mas distorcidas por embotamento ou omissões 	Normal 	Irreconhecíveis Desorganizadas 	<input type="text"/>
Praxis	Raramente inicia tarefas domésticas/de cuidados pessoais, mas se sai bem quando incentivado	Normal	Tenta participar das tarefas domésticas/de cuidados pessoais, mas usa ferramentas/aparelhos de maneira inadequada	<input type="text"/>
Motor/marcha	Arrasta os pés Discinesia "Aprática"	Normal	Espástico Hemiparético ou atáxico	<input type="text"/>
Humor	Tremor proeminente Deprimido Apático Chora sem provocação	Normal	Pode ser sociável, às vezes eufórico. Canta, bate palmas, pode ser propenso a reações catastróficas	<input type="text"/>
Conduta	Tendência ao ócio Precisa de incentivo ou encorajamento	Normal	Problemática Movida pelo hábito Dependente do ambiente Resistente à mudança Errância	<input type="text"/>
Cuidados pessoais	Cuida de si mesmo, mas é desalinhado, desatento a detalhes ou aparência	Normal	Requer ajuda para se vestir, tomar banho ou usar o banheiro	<input type="text"/>
Interesse na comunidade	Raramente pede para sair de casa, do quarto, da unidade	Normal	Sai, mas precisa de supervisão constante em casa ou em público. Perde-se com facilidade, ficando ansioso ou confuso	<input type="text"/>
Total da página 2				<input type="text"/>
Total da QED				<input type="text"/>

Uma pontuação de 0 na QED indica demência subcortical pura, caracterizada por apatia, e uma pontuação de 30 indica demência cortical pura, caracterizada por desinibição. Uma pontuação de 15 indica função normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler A: *Problems of Neurosis*. New York, Harper & Row, 1964.
- Akiskal HS, Web WL (eds): *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*. New York, SP Medical & Scientific Books, 1978.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: *Draft, DSM-III-R*, no prelo (10/5/85). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1985.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: *DSM-IV Draft Criteria (3/1/93)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1993.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Arnold WN: Vincent van Gogh: *Chemicals, Crises, and Creativity*. Boston, MA, Birkhäuser, 1992.
- Baker AB, Joynt RJ (eds): *Clinical Neurology*, Revised Edition, Vols. 1 & 2. Philadelphia, PA, Harper & Row, 1985.
- Bandler R, Grinder J: Frogs into princes, in *Neurolinguistic Programming*. Organizado por Stevens, JO. Moab, UT, Real People Press, 1979.
- Barrett J, Hurst MW, Discola C, et al: Prevalence of depression over a 12-month period in a nonpatient population. *Arch Gen Psychiatry* 35: 741-744, 1978.
- Ben-Yishay Y, Diller L, Gerstman I, et al: The relationship between imperistence, intellectual function and outcome of rehabilitation in patients with left hemiplegia. *Neurology* 18:852-861, 1968.
- Berne E: *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York, Grove Press, 1961.
- Berne E: *Games People Play*. New York, Grove Press, 1964.
- Black DW, Noyes R, Phohl B, et al: Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 150:1226-1232, 1993.
- Bleuler E: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 12th Edition. Revisado por M. Bleuler. Berlin, Springer-Verlag, 1972.
- Boxer PA: Assessment of potential violence in the paranoid worker. *J Occup Med* 35: 127-131, 1993.
- Cameron N: *Personality Development and Psychopathology: A Dynamic Approach*. Boston, MA, Houghton Mifflin, 1963.
- Cameron N: Experimental analysis of schizophrenic thinking, in *Language and Thought in Schizophrenia*. Organizado por Kasanin JS. New York, WW Norton, 1964.
- Cameron-Bandler L: *They Lived Happily Ever After*. Cupertino, CA, Meta Publications, 1978.
- Campbell RJ: *Psychiatric Dictionary*, 5th Edition. New York, Oxford University Press, 1981.
- Chapman J, McGhie A: Echopraxia in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 110: 365-374, 1964.
- Cohen S, Chiles J, MacNaughton A: Weight gain associated with clozapine. *Am J Psychiatry* 147:503-504, 1990.
- Confucius: *The Sayings of Confucius*. Traduzido por Ware JR. New York, New American Library, Mentor Books, 1955.
- Cormier WH, Cormier LS: *Interviewing Strategies for Helpers*. 2nd Edition. Monterey, CA, Brooks/Cole, 1985.
- Corsini RJ: *Current Psychotherapies*. Organizado por Wedding D. Itasca, IL, FE Peacock Publishers, 1984.
- Cox A, Hopkinson K, Rutter M: Psychiatric interviewing techniques II: naturalistic study: eliciting factual information. *Br J Psychiatry* 138:283-291, 1981.
- Cox A, Rutter M: 1985. Diagnostic appraisal and interviewing, in *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, 2nd Edition. Organizado por Rutter M, Hersov, L. Oxford, England, Blackwell Scientific, 1985.
- Cox A, Rutter M, Holbrook D: Psychiatric interviewing techniques. A second experimental study: eliciting feelings. *Br J Psychiatry* 152:64-72, 1988.
- Critchley M: *The Parietal Lobes*. New York, Hafner Press, 1953.
- Darwin C: *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872). With a preface by Konrad Lorenz. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1965.
- DeBetz B, Sunnen G: *A Primer of Clinical Hypnosis*. Littleton, MA, PSG Publishing, 1985.
- Dijkstra W, Van der Veen L, Van der Zouwen J: A field experience on interviewer-respondent interaction, in *Research: Interview: Uses and Approaches*. Organizado por Brenner M, Brown I, Canter D. London, Academic Press, 1985.
- Dobson KS (ed): *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York, Guilford, 1988.

- Dubois P: *The psychological origin of mental disorders*. New York, Funk and Wagnalls, 1913.
- Edward RH, Simon RP: Coma, in *Clinical Neurology*, Vol 2, Revised. Organizado por Joynt RJ. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1992.
- Ekman P: Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science* 221:1208-1210, 1983.
- Epplright TD, Kashani JH, Robinson BD, et al: Identity: Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated juvenile population. *Am J Psychiatry* 150:1233-1236, 1993.
- Erikson E: *Identity: Youth and Crisis*. New York, WW Norton, 1969.
- Fenichel O: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, WW Norton, 1945.
- Fish F: *Clinical Psychopathology*. Bristol, England, John Wright, 1967.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189-198, 1975.
- Foulds GA: *The Hierarchical Nature of Personal Illness*. New York, Academic Press, 1976.
- Franklin J: The diagnosis of multiple personality based on subtle dissociative signs. *J Nerv Ment Dis* 178:4-14, 1990.
- Freedman AM, Kaplan HE, Sadock BJ: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2nd Edition, Vols. 1 & 2, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1975.
- Freud A: *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Traduzido por Baines C. New York, International Universities Press, 1946.
- Freud S: *Gesammelte Werke Chronologisch Geordnet*, Vols 1-17. London, Imago Publishing, 1952-1955.
- Frosch JP (ed): *Current Perspectives on Personality Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1983.
- Fulton M, Winokur G: A comparative study of paranoid and schizoid personality disorders. *Am J Psychiatry* 150:1363-1367, 1993.
- Gauron EF, Dickinson JK: Diagnostic decision making in psychiatry: I. Information usage. *Arch Gen Psychiatry* 14:225-232, 1966a.
- Gauron EF, Dickinson JK: Diagnostic decision making in psychiatry: II. Diagnostic styles. *Arch Gen Psychiatry* 14:233-237, 1966b.
- Gedo MM: Picasso: *Art as Autobiography*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1980.
- Gjessing R: II: Biological investigations in psychoses. Introductory lecture. Biological investigations in endogenous psychoses. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl* 47:93-104, 1946.
- Gjessing R: Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VII. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 191:247, 1953a.
- Gjessing R: Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VIII. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 191:297, 1953b.
- Gjessing R, Gjessing L: Some main trends in the clinical aspects of periodic catatonia. *Acta Psychiatr Scand* 37:1-13, 1961.
- Golden CJ, Purish AD, Hammeke TA: *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB)*. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1991.
- Goldstein K: Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder, in *Language and Thought in Schizophrenia*. Organizado por Kasanin JS, New York, WW Norton, 1964.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46:1006-1011, 1989a.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 46:1012-1016, 1989b.
- Goodwin DW, Guze SB: *Psychiatric Diagnosis*, 4th Edition. Oxford, England, Oxford University Press, 1989.
- Goodwin DW, Othmer E, Halikas J, Freeman FR: Loss of short-term memory: predictor of the alcoholic "black-out." *Nature* 227:201-202, 1970.
- Greden JF, Genero N, Price HL: Agitation-increased electromyogram activity in the corrugator muscle region: a possible explanation of the "omega sign"? *Am J Psychiatry* 142:348-351, 1985.
- Griesinger W: *Mental Pathology and Therapeutics* (1845). Traduzido por Robertson CL, Rutherford J. New York, William Wood, 1882.
- Gunderson EK, Rahe RH (eds): *Life Stress and Illness*. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1974.
- Gunderson JG: *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984.
- Gunderson JG, Sabo AN: The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150:19-27, 1993.
- Hall RCW (ed): *Psychiatric Presentations of Medical Illness*. Somatic Psychiatric Disorders. New York, Spectrum, 1980.
- Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med. Psychol* 32:50-55, 1959.
- Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23:56-62, 1960.
- Health Care Financing Administration: HCFA Standard 482.61, form HCFA 1537 A, dated 4/86; Law 42 CFR, chap. IV, subchap. E, Standards and Certification. Federal Publication. Federal Register filed 10-1-1989.
- Heller K, Davis J, Myers RA: The effects of interviewer style in a standardized interview. *J Consult Clin Psychol* 30:501-508, 1966.
- Helzer JE, Clayton PJ, Pambakian R, et al: Reliability of psychiatric diagnosis: II. The text/retest reliability of diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry* 34:136-141, 1977.
- Hersen M, Turner SM: *Diagnostic Interviewing*. New York, Plenum, 1985.
- Hill CJ: Factors influencing physician choice. *Hospital and Health Services Administration* 36:491-503, 1991.
- Hinsie LE: *Concepts and Problems of Psychotherapy*. New York, Columbia University Press, 1937.
- Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 11:213-218, 1967.
- Hopkinson K, Cox A, Rutter M: Psychiatric interviewing techniques III. Naturalistic study: eliciting feelings. *Br J Psychiatry* 138:406-415, 1981.
- Horney K: *New Ways in Psychoanalysis*. New York, WW Norton, 1939.
- Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, et al: *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1984.
- Isaacson RL: *The Limbic System*, 2nd Edition. New York, Plenum, 1982.
- Izard C: *Human Emotions*. New York, Plenum, 1977.
- Izard C: *Emotions in Personality and Psychopathology*. New York, Plenum, 1979.
- Izard CE, Ekman P, Levenson RW, et al: Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science* 221:1208-1210, 1983.
- Jaspers K: *Allgemeine Psychopathologie*, 7th Edition. Traduzido por Hoening J, Hamilton MW. Manchester, England, Manchester University Press, 1962 (originalmente publicado em 1959).
- Jaspers K: *General Psychopathology*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1963.
- Joynt RJ (ed): *Clinical Neurology*, Vols 1-4, Revised Ed. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1992.
- Jung CG: *Psychological Types*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1971.
- Kaplan HI, Sadock BJ (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, 5th Edition, Vols 1, 2. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989.
- Kasanin JS (ed): *Language and Thought in Schizophrenia*. New York, WW Norton, 1964.
- Kass F, Spitzer RL, Williams DSW, et al: Self-defeating personality disorder and DSM-III-R: development of the diagnostic criteria. *Am J Psychiatry* 146:1022-1026, 1989.
- Kent GH: *E-G-Y scales*. New York, Williams & Wilkins, The Psychological Corporation, 1946.
- Klein M: The Origins of Transference. *Int J Psychoanal* 33:433-438, 1952.
- Kleist K: Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen (On cycloid, paranoid and epileptic psychoses and on the question of degenerative psychoses). *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 23:3-37, 1928.
- Kluft RP: An introduction of multiple personality. *Psychiatric Annals* 14:19-26, 1984.
- Kluft RP: The natural history of multiple personality disorder, in *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Organizado por Kluft RP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp 197-238.
- Kluft RP: First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 144:293-298, 1987.
- Kluft RP, Fine CG: *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
- Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, et al: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry* 142:207-212, 1985.
- Kraepelin E: *Lectures on Clinical Psychiatry*, Revised Ed. Organizado por Johnstone T. New York, Hafner Press, 1968.
- Kretschmer E: *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and the Theory of Temperament*. Traduzido da segunda edição revisada e ampliada por Sprott WJH. New York, Harcourt Brace, 1925.
- Leon, RL: *Psychiatric Interviewing: A Primer*, 2nd Edition. New York, Elsevier, 1989.
- Leonhard K: *The Classification of Endogenous Psychoses*, 5th Edition. Organizado por Robins E. Traduzido por Berman R. Irvington, NY, Halstead Press, 1979.
- Lilienfeld SO, Van Valkenburg C, Lantzt K, et al: The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *Am J Psychiatry* 143:718-722, 1986.
- Lion JR: *Personality Disorders: Diagnosis and Management (Revised for DSM-III)*, 2nd Edition. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1981.
- Lovett LM, Cox A, Abou-Saley M: Teaching psychiatric interview skills to medical students. *Med Educ* 24:243-250, 1990.
- Ludwig AM: *Principles of Clinical Psychiatry*, 2nd Edition. New York, Free Press, 1985.
- Ludwig AM, Othmer E: The medical basis of psychiatry. *Am J Psychiatry* 134:1087-1092, 1977.
- Luria AR: *Higher Cortical Function in Man*. New York, Basic Books, 1966.
- MacKinnon RA, Michels R: *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971.
- MacKinnon RA, Yudofsky SC: *The Psychiatric Evaluation in Clinical Practice*. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986.
- McWilliams N: *Understanding Character: Psychoanalytic Personality Diagnosis*. New York, Guilford, 1994.
- Mahrer AR (ed): *New Approaches to Personality Classifications*. New York, Columbia University Press, 1970.
- Manschreck TC: Delusional (paranoid) disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol 1, 5th Edition. Organizado por Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989.
- Marquis KH, Marshall J, Oskamp S: Testimony validity as a function of question form, atmosphere, and item difficulty. *Journal of Applied Social Psychology* 2:167-186, 1972.
- Masserman JH: *Practice of Dynamic Psychiatry*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1955.
- Mellor CS: First rank symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 117:15-23, 1970.
- Mendel DB: On therapist-watching. *Psychiatry* 27:59-68, 1964.
- Menninger KA: *A Theory of Psychoanalytical Technique*. New York, Basic Books, 1958.
- Mesulam MM: *Principles of Behavioral Neurology*. Philadelphia, FA Davis, 1985.
- Meyer A: *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1957.

- Miller C, Swift K: *The Handbook of Nonsexist Writing*. 2nd Edition. New York, Harper & Row, 1988.
- Millon T: *Disorders of Personality. DSM III: Axis II*. New York, Wiley, 1981.
- Millon T, Klerman GL (eds): *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York, Guilford, 1986.
- Morris D: *Bodywatching: A Field Guide to the Human Species*. London, Grafton, 1987.
- Morrison JA: *The First Interview*. New York, Guilford, 1993.
- Murphy G E: *Suicide in Alcoholism*. New York, Oxford University Press, 1992.
- Othmer E, Desouza C: A rapid screening test for somatization disorder (hysteria). *Am J Psychiatry* 142:1146-1149, 1985.
- Othmer E, Othmer SC: *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR*, Vol. 2: The Difficult Patient. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002.
- Othmer E, Penick EC, Powell BJ: *The Psychiatric Diagnostic Interview: Manual*. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1981.
- Othmer E, Penick EC, Powell BJ, et al: *The Psychiatric Diagnostic Interview*. Revisado por Penick EC. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1989.
- Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep* 10:799-812, 1962.
- Payne RW, Hewlett JHG: Thought disorder in psychotic patients, in *Experiments in Personality, Vol 2, Psychodiagnostics and Psychodynamics*. Organizado por Eysenck, HJ. New York, Humanities Press, 1960.
- Powell BJ, Penick EC, Othmer E, et al: Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *J Clin Psychiatry* 43:404-407, 1982.
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, et al: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: 100 recent cases. *J Clin Psychol* 47:285-93, 1986.
- Rado S: *Psychoanalysis of Behavior*; Collected Papers. New York, Grune & Stratton, 1956.
- Rank O: *Will Therapy and Truth and Reality*. New York, Alfred A Knopf, 1945.
- Reich W: *Character Analysis*. New York, Farrar, Straus & Young, 1949.
- Reitan RM, Wolfson D: *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson, AZ, Neuropsychology Press, 1985.
- Robins E: *The Final Months: A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide*. New York, Oxford University Press, 1981.
- Rogers CR: *Client-Centered Therapy*. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
- Rose FC, Bynum WF (eds): *Historical Aspects of the Neurosciences: Festschrift for McDonald Critchley*. New York, Raven, 1982.
- Ross ED: Disorders of higher cortical functions: diagnosis and treatment, in *The Science and Practice of Clinical Medicine: Neurology*, Vol 5. Organizado por Rosenberg RN, Dietschy JM. New York, Grune & Stratton, 1980.
- Ross ED: The divided self: contrary to conventional wisdom, not all language is commanded by the brain's left side. *The Sciences* 22:8-12, 1982.
- Rosvold HE, Mirsky AF, Sarasow E, et al: A continuous performance test of brain damage. *J Clin Consult Psychol* 20:343-350, 1956.
- Royall DR, Mahurin RK, Gray KF: Bedside assessment of executive cognitive impairment: the Executive Interview. *J Am Geriatr Soc* 40:1221-1226, 1992.
- Royall DR, Mahurin RK, Cornell J, et al: Bedside assessment of dementia type using the Qualitative Evaluation of Dementia. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 6:235-244, 1993.
- Royall DR, Mahurin RK, Cornell J: Bedside assessment of frontal degeneration: distinguishing Alzheimer's disease from non-Alzheimer's cortical dementia. *Exp Aging Res* 20:95-103, 1994.
- Rutter M, Cox A: Psychiatric interviewing techniques: I. Methods and measures. *Br J Psychiatry* 138:273-282, 1981.
- Rutter M, Cox A, Egert S, et al: Psychiatric interviewing techniques: IV. Experimental study: four contrasting styles. *Br J Psychiatry* 138: 456-465, 1981.
- Sandifer MG Jr: Psychiatric diagnosis: cross-national research findings. *Proc Royal Soc Med* 65:1-4, 1972.
- Sandifer MG Jr, Hordern A, Green, LM: The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *Am J Psychiatry* 126:968-973, 1970.
- Schneider K: *Clinical Psychopathology*. Traduzido por Hamilton, MW. New York, Grune & Stratton, 1959.
- Shea SC: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1988.
- Sheehan DV: *The Anxiety Disease*. New York, Scribner's, 1983.
- Sheldon WH, Stevens SS: *The varieties of temperament: a psychology of constitutional differences*. New York, Harper, 1942.
- Siegmán AW, Pope B (eds): *Studies in Dyadic Communication*. New York, Pergamon, 1972.
- Simms A: *Symptoms in the Mind*. London, Balliere Tindall, 1988.
- Smith A: The serial sevens subtraction test. *Arch Neurol* 17:78-80, 1967.
- Smith A: Neuropsychological testing in neurological disorders, in *Advances in Neurology*, Vol 7. Organizado por Friedlander WJ. New York, Raven, 1975.
- Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, et al: Grade scores of the Montgomery-Asberg depression and the clinical anxiety scales. *Br J Psychiatry* 148: 599-601, 1986.
- Sno HN, Linszen D: The déjà vu experience: remembrance of things past? *Am J Psychiatry* 147:1587-1595, 1990.
- Southwick SM, Yehuda R, Giller EL: Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 150:1020-1023, 1993.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kass F, et al: National field trial of the DSM-III-R diagnostic criteria for self-defeating personality disorder. *Am J Psychiatry* 146:1561-1567, 1989.
- Spreen O, Benton AL: *Neurosensory center comprehensive examination for aphasia*. Victoria, BC, Canada, Neuropsychology Laboratory, Department of Psychology, University of Victoria, 1969.
- Strub RL, Black FW: *The Mental Status Examination in Neurology*. 3rd Edition. Philadelphia, PA, FA Davis, 1993.

- Sullivan HS: *The Psychiatric Interview*. New York, WW Norton, 1954.
- Taylor MA: *The Neuropsychiatric Mental Status Examination*. New York, SP Medical & Scientific Books, 1981.
- Taylor MA: *The Neuropsychiatric Guide to Modern Everyday Psychiatry*. New York, Free Press, 1993.
- Taylor MA, Abrams R: The phenomenology of mania: a new look at some old patients. *Arch Gen Psychiatry* 29:520-522, 1973.
- Thaker G, Adami H, Moran M, et al: Psychiatric illness in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorders: high morbidity risks for unspecified functional psychoses and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 150:66-71, 1993.
- Truax CB, Mitchell KM: Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome, in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Organizado por Bojin AE, Garfield SL. New York, Wiley, 1971.
- Vaillant GE: *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1986.
- Vaillant GE, Perry CJ: Personality disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th Edition. Organizado por Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1985.
- van Riezen H, Segal M: *Comparative Evaluation of Rating Scales for Clinical Psychopharmacology*. Amsterdam, Elsevier, 1988.
- Warnock JK: Tips on taking the psychiatry and neurology oral exam. *Resident and Staff Physician* May 15:121-123, 1991.
- Wechsler D: *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1981.
- Weinberg H, Hire WA: *Abnormal Personalities: A Book of Case Readings*. New York, MSS Information Corporation, 1992.
- Weintraub S, Mesulam MM: Mental state assessment of young and elderly adults in behavioral neurology, in *Principles of Behavioral Neurology*. Organizado por Mesulam MM. Philadelphia, PA, FA Davis, 1985.
- Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, et al: Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43:923-929, 1986.
- Wilbur CB: Multiple personality and child abuse. *Psychiatr Clin North Am* 7:3-7, 1984.
- Wilson IC: Rapid, Approximate Intelligence Test. *Am J Psychiatry* 123:1289-1290, 1967.
- Winokur G, Crowe RR: Personality disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol 2, 2nd Edition. Organizado por Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1975.
- Wolberg LR: *The Techniques of Psychotherapy*, 2nd Edition. New York, Grune & Stratton, 1967.
- Young GB, McGlone J: Cerebral localization, in *Clinical Neurology*, Vol 1, Revised Edition. Organizado por Joynt RJ. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1992.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133:429-435, 1978.
- Zarin DA, Earls F: Diagnostic decision making in psychiatry. *Am J Psychiatry* 150:197-206, 1993.
- Zimmerman M, Pföhl B, Stangi D, et al: The validity of DSM-III Axis IV (severity of psychosocial stressors). *Am J Psychiatry* 142:1437-1441, 1985.
- Zuckerman M: Sensation seeking, in *Dimensions of Personality*. Organizado por London H, Exner J. New York, Wiley, 1978.
- Zung WWK: How normal is depression? *Psychosomatics* 13:174-178, 1972.

ÍNDICE

Números de páginas em **negrito** indicam tabelas ou figuras

A

- Abordagem de entrevista multifásica, 34-35, **35**
- Abuso e dependência de álcool
 - avaliação, durante entrevista com paciente cooperativo, 206
 - entrevista em transtornos específicos, 240-245
 - comunicação, 241-242, 242-243, 244-245
 - diagnóstico, 242-243, 243-244, 245
 - estado mental, 242-243, 245
 - técnica, 242-243, 244-245
 - impostura, 240-245
 - negação, 240-245
- Aceitação
 - pelo entrevistador
 - indução à fanfarronice para indicar, 74-75
 - para superar a resistência, 70-71
 - pelo paciente, das interpretações, 80
- Acessos, na avaliação do estado mental, 116-118
- Acetaminofenol, sintomas psiquiátricos associados, **186**
- Ácido nicotínico, sintomas psiquiátricos associados, **186**
- Adrenocorticosteróides, sintomas psiquiátricos associados com Afeto, **186**
- amplitude, 101-102
 - testagem, 140-141
- controle, 101-102
- distinguir do humor, 100-101
- duração, 101-102
- intensidade, 101-102
- isolamento do, componentes do, **76-77**
- lábil, em transtornos da personalidade, **273**
- movimentos que expressam, na avaliação do estado mental, 92
- na avaliação do estado mental, 100-102
 - origem do afeto e, 100-101
 - procedimento de avaliação, 101-102
 - qualidade, 101-102
- Afasia anômica, 134-135, **136**
- Afasia de condução, 133-134, **136**
- Afasia de isolamento, 135, **136**
- Afasia expressiva de Broca, 133-134, **136**
- Afasia expressiva, 133-134, 133-134, **136**
- Afasia global, 133-134, **136**
- Afasia motora transcortical, 135, **136**
- Afasia motora, 133-134, **133-134**
 - transcortical, 135, **136**
- Afasia receptiva de Wernicke, 133-134, **136**
- Afasia receptiva, 133-134
 - fala parafrásica *versus*, 94-95
- Afasia sensorial transcortical, 134, **136**
- Afasia sensorial, 133-134, 134, **136**
 - transcortical, 134, **136**
- Afásias, testagem, 133-138
 - compreensão, 137-138
 - escrever, 135, **136**, 135-136, **135-136**
 - fluência, 135, **137**
 - lateralidade, 133-134
 - ler em voz alta e compreensão, 137-138
 - nomear e encontrar palavras, 137-138
 - para afásias centrais, 133-134, **136**
 - para afásias pericentrais, 134-135, **136**
 - repetição, 135, **137**
- Afiliação, componentes da, 76
- Agentes antiinfeciosos, sintomas psiquiátricos associados, **186**
- Agentes farmacológicos, sintomas psiquiátricos associados aos efeitos colaterais, 184-185, **186**
- Agentes psicotrópicos, especificidade para o tratamento de transtornos clínicos, **180-181**
- Agnosia associativa de cor, **138**
- Agnosia associativa visual, **138**
- Agnosia de cor real, **138**
- Agnosia direita-esquerda, **138**
- Agnosia dos dedos, **138**
- Agnosia geográfica, **138**
- Agnosia visual real, **138**
- Agnosias, testagem, 138-139, **138**
- Agorafobia, sem transtorno de pânico, diagnóstico, 256-257
- Agrafia, com afasia, 135, **136**, 135-136, **135-136**
- Agressão passiva, componentes, 77
- Alcalóides da Rauwolfia, sintomas psiquiátricos associados, **186**
- Alertas, dever de fazer, 108-110
- Altruísmo
 - componentes, 76
 - nos transtornos da personalidade, 273
- Alucinações, *insight*, 104-106
- Ambitendência, testagem, 139-140

Amnésia global transitória, na avaliação do estado mental, 118

Analgésicos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anfetaminas, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anorexia nervosa, sintomas essenciais, 163-164

Antagonistas dos narcóticos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Antecedentes étnicos, na avaliação do estado mental, 89-90

Antecipação, componentes, 76

Antiarrítmicos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anticolinérgicos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Antidiabéticos orais, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anti-helmínticos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anti-hipertensivos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anti-histamínicos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Antimaláricos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Antineoplásicos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Antitussígenos, sintomas psiquiátricos associados, 186

Anulação, componentes, 76-77

Aparência na avaliação do estado mental. *Ver* Observação da aparência,

Apraxia bucofacial, 139

Apraxia do corpo inteiro, 139

Apraxia dos membros, 139

Apraxia ideacional, 139

Apraxia, testagem da, 138-139, 139

Apraxias ideomotoras, 139

Apreensão forçada, testagem, 139-140

Aproximação das palavras, 94-95

Associação entre as frases, dirigida para um objetivo, 96-99

Associação por ressonância, 96-97

Associação, firmeza de, 95-99

Ataques de fúria, nos transtorno de personalidade, 273

Ataques de pânico na avaliação do estado mental, 117-118

Ataques hipoglicêmicos na avaliação do estado mental, 118

Ataques paroxísmicos, na avaliação do estado mental, 116-118

Atenção na avaliação do estado mental, 93-94

testagem, 128, 129

Atuação, componentes, 77

Auto-afirmação, componentes, 76

Autocentramento nos transtornos de personalidade, 273

Autodestruição, no transtorno de personalidade

autodestrutiva, 296-299

Auto-estima baixa, nos transtornos de personalidade, 273

Auto-imagem, divisão da, componentes, 77

Auto-observação, componentes, 76

Autopercepção, afeto, 100-101

Autoridade, como papel do entrevistador, 49-50

Avaliação Qualitativa da Demência (QED), 327-329

para transtornos de deterioração cognitiva, 144-145

B

Base de dados. *Ver* Fase da história e da base de dados

Bateria de Testagem Neuropsicológica de Halstead-Reitan, 129, 239-240

Beta-bloqueadores, sintomas psiquiátricos associados, 186

Bloqueio do pensamento, 96-97

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 145-146

Bulimia nervosa, sintomas essenciais da, 164

Busca de atenção, nos transtornos da personalidade, 273

Busca do prazer, nos transtornos de personalidade, 273

C

Capacidades, no diagnóstico, 185, 188

Circunstancialidade no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 290-292

Ciúme como tema delirante, 111, 114

Complexo de vitamina B, sintomas psiquiátricos associados, 186

Comportamento mal adaptado, padrões, como indicio diagnóstico, 153-154

Comportamento psicomotor, na avaliação do estado mental, 91-93

movimentos, 91-93

postura, 91

Compreensão da leitura, na testagem das afasias, 137-138

Compreensão. *Ver também* Compreensão da leitura na testagem de afasias, 137-138

Compulsões, na avaliação do estado mental, 115-116

Comunicação, 33, 37-53

colocar o paciente e a si mesmo à vontade, 37-42

reconhecer os sinais, 39-40

responder aos sinais, 40-42

conhecimento especializado, 47-48

colocar a doença em perspectiva, 47-48

demonstrar conhecimento, 47-48

inspirar esperança, 48

lidar com dúvidas, 47-48

entrevistar em transtornos específicos

na narcolepsia, 268, 270

nas fobias, 254-255, 255-256, 256

no abuso e dependência de álcool e, 241-243, 244-245

no retardo mental, 262-266

no transtorno bipolar, 246-248

no transtorno de pânico, 257, 258-260, 261-262

no transtorno de personalidade anti-social, 278-279

no transtorno de personalidade *borderline*, 282-283

no transtorno de personalidade dependente, 288-289

no transtorno de personalidade esquiva, 287-288

no transtorno de personalidade esquizoide, 275

no transtorno de personalidade esquizotípica, 276-277

no transtorno de personalidade histriônica, 283-284

no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 290-291

no transtorno de personalidade paranóide, 274

no transtorno de personalidade passivo-agressiva, 292-293

no transtorno delirante, 249-250, 251-252, 252-253

equilíbrio entre os papéis, 48-52

interação entre papéis, 50-52

papéis do entrevistador, 49-50

papéis do paciente, 50-51

insight, 45-47

discriminar a parte doente do paciente, 45-46

estabelecer os objetivos terapêuticos, 46-47

níveis de, 43-46

interjogo com outros componentes e fases da entrevista, 195

liderança, estabelecer, 48-49

na fase da história e da base de dados, 197-198

com paciente cooperativo, 210

na fase de aprofundamento das impressões preliminares, 197

com paciente cooperativo, 207

na fase de aquecimento e de rastreamento, 194

com paciente cooperativo, 202-203

com paciente difícil, 221-222

na fase de diagnóstico e de *feedback*, 199

com paciente cooperativo, 211-212

na fase do prognóstico e do contrato de tratamento, 199-200

com paciente cooperativo, 212

sofrimento, 41-45

avaliar o, 42

responder com empatia ao, 42-45

Conceito das palavras, na avaliação do estado mental, 95-96

Concentração, na avaliação do estado mental, 93-94

Concretude, testagem da, 141-143

Condição médica geral, transtorno psicótico devido a, transtorno delirante *versus*, 253-254

Condições médicas, transtorno psicótico devido a, transtorno delirante *versus*, 253-254

Conflitos interpessoais como indicio diagnóstico, 153-154

Confrontação

como técnica para lidar com defesas, 79-80

para superar a resistência, 70-74

consequências, 72-74

Confusão, testagem, 132-133

Conhecimento especializado, comunicação e. *Ver* Comunicação, conhecimento especializado e,

Conhecimento, mostrar, 47-48

Consequências, confrontação para superar a resistência, 72-74

Constrangimento no transtorno de pânico, entrevistar em doenças específicas, 256-262

Contato visual na avaliação do estado mental, 90-91

Continuação, para queixas, 65, 65-66

Contrato de tratamento. *Ver* Fase do prognóstico e do contrato de tratamento

Contrato. *Ver* Fase de prognóstico e de contrato de tratamento

Conversação na avaliação do estado mental, 93-102

afeto, 100-102

atenção e concentração, 93-94

fala, 93-95

memória, 99-100

orientação, 99

pensamento, 95-99

Conversão, na avaliação do estado mental, 116

Convulsão parcial complexa, na avaliação do estado mental, 117-118

Convulsões do lobo temporal, na avaliação do estado mental, 117-118

Convulsões tipo grande mal, na avaliação do estado mental, 117

Convulsões,

grande mal, na avaliação do estado mental, 117

parciais, complexas (lobo temporal), na avaliação do estado mental, 117-118

pseudoconvulsões, na avaliação do estado mental, 117

Cooperação, testagem para, 139-140

Crêditos diagnósticos, 151-152, 160-177

para problemas psicossociais e ambientais (Eixo IV), 172-176

exclusão de transtornos clínicos, 175-176

reação mal adaptativa, 175-176

regra dos 3 meses, 175-176

para transtornos clínicos (Eixo I), 161-166

exclusão, 166

sintomas associados, 165-166

sintomas essenciais, 161-165

para transtornos de personalidade (Eixo II), 166-172

classificação, 168, 170, 173-174, 171-172

padrão de má adaptação ao longo da vida, 166-167

padrão específico de má adaptação, 167-168, 169-170, 168, 170

para transtornos sem outra especificação, 175-177

verificação de transtornos não-investigados, 176-177

Crêditos do DSM-TR, 273

más adaptações, 173

retardo mental *versus*, 266

Crítica, hipersensibilidade à, nos transtornos de personalidade, 273

esquiva, 287-289

Crueldade, no transtorno de personalidade sádica, 294-297

D

Defesas, 55-57, 74-85

- lidar com, 75, 78-85
confrontação, 79-80
desvio, 78
distração, 78-79
interpretação, 80-85
reasseguramento, 78-79
reconhecimento, 75, 78, 76-77
técnicas, 55-57
- Déjà vu*, 100
- Déjà vu*, 100
- Delírio(s),
com temas depressivos, 110, 110-111
de grandeza, 110, 111, 111, 113
de passividade, 110-111, 112
de perseguição, 111, 113
na avaliação do estado mental, 109-111, 110-113, 114
- Delírios de grandeza, 110, 111, 111, 113
- Delírios de perseguição, 111, 113
- Delírios depressivos, 110, 110-111
- Demência do tipo Alzheimer, diagnóstico, 239-240
- Demências
desconfiança na, 236-240
entrevistar em transtornos específicos, 236-240
comunicação em, 237, 237-238, 238-239, 239
diagnóstico de, 237-238, 238-239, 239-240, 239-240
estado mental e, 237-238, 238, 238-239, 239
técnica para, 237, 237-238, 238-239, 239
perplexidade na, 236-240
tipo Alzheimer, diagnóstico, 239-240
- Dependência, nos transtornos de personalidade, 273
- Descarrilamento no pensamento, 96-97
- Desconfiança
na demência, entrevista em transtornos específicos, 236-240
no transtorno de personalidade paranóide, 274-275
no transtorno delirante, entrevista em transtornos específicos, 248-254
nos transtornos de personalidade, 273
- Desconforto como indicio diagnóstico, 153
- Descrença no transtorno de pânico, entrevistar em transtornos específicos, 256-262
- Deslocamento, componentes do, 76-77
- Deslocar e substituir o foco, para superar a resistência, 73-74
- Desmaiar, na avaliação do estado mental, 116-117
- Despersonalização na avaliação do estado mental, 117-118
- Desrealização na avaliação do estado mental, 117-118
- Desvalorização, componentes da, 76-77
- Desvio, como técnica para lidar com defesas, 78
- Dever de alertar, 108-110
- Diagnóstico (processo), 33-34, 152, 185, 188-191
Critérios diagnósticos; Lista(s);
Prognóstico; História psiquiátrica
Ver também Indícios diagnósticos;
capacidades, 185, 188-188
- entrevista em transtornos específicos,
na demência, 237-240, 239-240
na fobia, 255-257
na narcolepsia, 268-270, 270
no abuso e dependência de álcool, 242-244, 245
no retardo mental, 262-265, 266-267
no transtorno de pânico, 258-259, 260, 261-262
no transtorno de personalidade anti-social, 280-282
no transtorno de personalidade *borderline*, 283-284
no transtorno de personalidade dependente, 289-290
no transtorno de personalidade esquiiva, 288-289
no transtorno de personalidade esquizoide, 275-277
no transtorno de personalidade esquizotípica, 277-278
no transtorno de personalidade histriônica, 284-286
no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 291-292
no transtorno de personalidade paranóide, 274-275
no transtorno de personalidade passivo-agressiva, 293-294
no transtorno delirante, 250, 251-252, 252-253, 253-254
transtorno bipolar e, 247, 248
formulação diagnóstica, 188-189
fatores biológicos, 188
fatores psicológicos, 188-189
fatores sociais, 188-189
- interjogo com outros componentes e com fases da entrevista, 195
- multiaxial, 188-191
Eixo III, 190
Eixo IV, 190
Eixo V, 190-191
Eixos I e II, 188-190
na fase de aprofundamento das impressões preliminares, 197-198
com paciente cooperativo, 207-208
com paciente difícil, 223-230, 231-233
na fase de aquecimento e de rastreamento, 196
com paciente cooperativo, 204-205
com paciente difícil, 222-223
na fase de diagnóstico e *feedback*, 199
com paciente cooperativo, 211-212
na fase de história e da base de dados, 198-199
com paciente cooperativo, 210-211
na fase do prognóstico e do contrato de tratamento, com paciente cooperativo, 212
- Diagnóstico multiaxial. Ver Diagnóstico (processo), multiaxial
- Diagnósticos, achados do estado mental como suporte, advertência, 145-146
- Difenoxilato, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Direcionamento a um objetivo, no pensamento, 96-99
- Disprosódia, 94
- Dissociação
componentes, 76-77

- na avaliação do estado mental, 116-117
testagem, 141
- Distorção psicótica, componentes, 77
- Distração, como técnica para lidar com defesas, 78-79
- Diuréticos, sintomas psiquiátricos associados a, 186
- Divagação, 97-99
- Divisão, da auto-imagem ou da imagem dos outros, componentes da, 77
- Doença
colocar em perspectiva, 47-48
portador de, como papel de paciente, 50-51
- Drogas bloqueadoras ganglionares, sintomas psiquiátricos associados com, 186
- Drogas para o sistema nervoso autônomo, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Drogas simpaticolíticas, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Drogas simpaticomiméticas, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Drogas tireoidéias, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Drogas. Ver também drogas e tipos de drogas específicos
não-psiquiátricas, sintomas psiquiátricos associados a efeitos colaterais, 184-185, 186
- Dúvidas, lidar com, 47-48
- E**
- Eco para queixas, 65-66
- Ecopraxia, testagem da, 139-140
- Eixo I, diagnósticos múltiplos, 188-190
- Eixo II, diagnósticos múltiplos, 188-190
- Eixo III, diagnósticos múltiplos, 188-190
- Eixo IV, diagnósticos múltiplos, 190
- Eixo V, diagnósticos múltiplos, 190-191
- Elogios, hipersensibilidade, nos transtornos de personalidade, 273
- esquiiva, 287-289
- Empatia
ouvinte empático como papel do entrevistador, 49
responder ao sofrimento, 42-45
- Encontrar as palavras, na testagem das afasias, 137-138
- Entrevista Executiva (EXIT), 144-145, 314-326
- Entrevista orientada para o *insight*, 29-30, 30-31
combinar com entrevista orientada para os sintomas, 30-33
componentes, 33-35
- Entrevista psicodinâmica, 29-30, 30-31
combinar com a entrevista orientada para os sintomas, 30-33
componentes, 33-35
- Entrevista. Ver também Técnica; tipos específicos de entrevistas e técnicas de entrevista
combinar componentes e fases da, 193-217, 195t
- Entrevistador
dependência da liderança, 51-52
papéis do, 49-50
como autoridade, 49-50
como especialista, 49-50
como ouvinte empático, 49
interação com os papéis do paciente, 50-52
- Entrevistar em transtornos específicos, 35-35
comunicação na demência, 237-239
nos transtornos clínicos, 235-270
abuso e dependência do álcool, 240-245
demência, 236-240
fobia, 254-257
narcolepsia, 266-270
retardo mental, 262-267
transtorno bipolar, 245-248
transtorno delirante, 248-254
transtorno do pânico, 256-262
nos transtornos de personalidade, 271-299
Grupo A, 272, 274-278
Grupo B, 278-287
Grupo C, 287-292
sem outra especificação, 292-299
- Entrevistar orientado para os sintomas (descritivo), 29-31
combinar com a entrevista orientada para o *insight*, 30-33
componentes, 33-35
- Episódios maníacos
avaliação dos, durante entrevista com paciente cooperativo, 205
sintomas essenciais, 162
- Erros gramaticais, 95
- Escala de Avaliação do Funcionamento Global da Vida de Relação, 190
- Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional, 190
- Escala de Avaliação dos Estilos Defensivos, 190
- Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF Scale), 181, 190-191
- Escala de Avaliação Global do Funcionamento na Vida de Relação (GARF), 190
- Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg, 145-146
- Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve, 145-146
- Escala de Avaliação Psiquiátrica para Depressão de Hamilton, 145-146
- Escala de Hamilton para Ansiedade, 145-146
- Escala de Sheehan, 145-146
- Escala de Wechsler para Avaliação da Inteligência no Adulto, 239-240
- Escala de Yale-Brown para Obsessão e Compulsão, 145-146
- Escala para Avaliação de Mania (MRS-11), 145-146
- Escala para Avaliação Global do Funcionamento, 181, 190-191
- Escrever, na testagem das afasias, 135, 136, 135-136

Especialista como papel do entrevistador,
 Especificação, para queixas, 58-59
 Esperança, inspirar, 48
 Esquizofrenia, 97-99
 Esquizofrenia
 síntomas essenciais da, 156-157, 162
 tipo paranóide, transtorno delirante *versus*, 253-254
 Estado mental, 33-34
 entrevista em transtornos específicos
 na demência, 237-239
 na narcolepsia, 268, 270
 nas fobias, 255-256
 no abuso e dependência de álcool, 242-243, 245
 no retardo mental, 262-264, 265-266
 no transtorno bipolar, 247-248
 no transtorno de pânico, 258-259
 no transtorno de personalidade anti-social, 279-280
 no transtorno de personalidade *borderline*, 282-283
 no transtorno de personalidade dependente, 289
 no transtorno de personalidade esquiva, 288
 no transtorno de personalidade esquizóide, 275-277
 no transtorno de personalidade esquizotípica, 276-277
 no transtorno de personalidade histriônica, 284-285
 no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 291
 no transtorno de personalidade paranóide, 274-275
 no transtorno de personalidade passivo-agressiva, 292-293
 no transtorno delirante, 250, 251, 252, 253
 interjogo com outros componentes e fases da entrevista, 195
 na fase da história e da base de dados, 198
 com paciente cooperativo, 210-211
 na fase de aprofundamento das impressões preliminares, 197
 com paciente cooperativo, 207-208
 com paciente difícil, 223, 224-228, 229-231, 232-233
 na fase de aquecimento e de rastreamento, 194, 196
 com paciente cooperativo, 203-204
 com paciente difícil, 221-222
 na fase de diagnóstico e de *feedback*, 199
 com paciente cooperativo, 211-212
 na fase de prognóstico e de contrato de tratamento, 200
 com paciente cooperativo, 212
 Estado nutricional na avaliação do estado mental, 90
 Estimulantes, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Estressores, 172-176
 avaliação,
 na fase de aquecimento e rastreamento, com paciente cooperativo, 202-203
 como indicio diagnóstico, 153-154
 exclusão de transtornos clínicos, 175-176
 reações mal adaptativas, 175-176
 regra dos três meses, 175-176
 Estrógenos, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Estupor psicogênico, testagem, 127-128

Estupor, testagem, 127-128
 Evitação na fobia, entrevistar em transtornos específicos, 254-257
 Exagero para superar a resistência, 74
 Exame do estado mental, 87-123. *Ver também* Testagem
 conversação para. *Ver* Conversação
 ferramentas para, 88-89
 investigação para. *Ver* Investigação
 lista de verificação para, 120-123
 observação para. *Ver* Observação
 Expansão, 154-155, 156-158
 Expressões faciais, afeto e, 100, 140-141
 Expressões padrão, 96-97

F

Fala
 estranha, nos transtornos de personalidade, 273
 na avaliação do estado mental, 93-95
 afeto, 95
 aspectos formais, 94-95
 ritmo, afeto, 140-141
 Fala circunstancial, 96
 Fala em estilo telegráfico, 94
 Fala parafásica, 94-95
 afasia receptiva *versus*, 94-95
 Fala sem sentido, 97-99
 Falsa memória, 100
 Fanfarrone, indução à, para superar a resistência, 74-75
 Fantasia autista, componentes da, 77
 Fase da história e base de dados
 com paciente cooperativo, 208-211
 comunicação, 210
 conclusão da base de dados, 209-210
 curso longitudinal, 208
 diagnóstico, 210-211
 estado mental, 210-211
 história da família, 208-210
 história médica, 209-210
 personalidade pré-mórbida e história social, 208-209
 técnica, 210-211
 componentes da entrevista, 197-199
 Fase de aprofundamento das impressões preliminares,
 com paciente cooperativo, 204-208
 abuso de álcool e substâncias e, 206
 comunicação na, 207
 diagnóstico e, 207-208
 episódios maníacos e, 205
 estado mental e, 207-208
 técnica para, 207
 transtorno de pânico e, 206-207
 transtorno obsessivo-compulsivo e, 206-207
 com paciente difícil, 222-233
 comunicação na, 223, 223-228, 229-233
 componentes da entrevista e, 197-198

Fase de aquecimento e de rastreamento
 com paciente cooperativo, 200-205
 avaliação da gravidade, 201-202
 avaliação do curso, 202
 avaliação dos estressores, 202-203
 comunicação, 202-203
 diagnóstico, 204-205
 estado mental, 203-204
 técnica, 203-204
 com paciente difícil, 220-223
 comunicação, 221-222
 diagnóstico, 222-223
 estado mental, 221-222
 técnica, 221-222
 componentes da entrevista, 194-196
 Fase de diagnóstico e de *feedback*,
 com paciente cooperativo, 211-212
 componentes da entrevista e, 198-199
 Fase do prognóstico e do contrato de tratamento
 com paciente cooperativo, 211-212
 componentes da entrevista e, 199-200
 Fatores biológicos no diagnóstico, 188
 Fatores psicológicos, na formulação diagnóstica, 188-189
 Fatores sociais na formulação diagnóstica, 188-189
Feedback. *Ver* Fase de diagnóstico e *feedback*
 Fenacetina, sintomas psiquiátricos associados com, 186
 Fenilfenidato, sintomas psiquiátricos associados com, 186
 Flexibilidade cética, testagem, 139-140
 Fluência, na testagem das afasias, 135, 137-137
 Fobia social, diagnóstico, 256-257
 Fobias,
 agorafobia sem transtorno de pânico, diagnóstico, 256-257
 entrevistar em transtornos específicos, 254-257
 comunicação, 254-256
 diagnóstico, 255-257
 estado mental, 255-256
 técnica, 254-256
 na avaliação do estado mental, 114-115
 síntomas essenciais, 162-163
 social, diagnóstico, 256-257
 Focalizar, 154-155
 Formação reativa, componentes, 76-77
 Fragmentação da fala, 97-99
 Frieza emocional nos transtornos de personalidade, 273
 Fuga de idéias, 97, 97-98
 Fuga dissociativa na avaliação do estado mental, 117-118
 Funcionamento executivo na avaliação do estado mental, 118-119
 Funcionamento intelectual limítrofe,
 retardo mental *versus*, 266

G

Gegenhalten, testagem, 139-140
 Generalização, para queixas, 59-60

Gestos (movimentos)
 afeto e, 140-141
 na avaliação do estado mental, 91-92
 Gestos expressivos na avaliação do estado mental, 91-92
 Gestos ilustrativos, na avaliação do estado mental, 91-92
 Gestos simbólicos, na avaliação do estado mental, 91-92
 Gestos suicidas, nos transtornos de personalidade, 273
 Glicosídeos cardíacos, sintomas psiquiátricos associados a, 186
 Grandeza,
 no transtorno de personalidade narcisista, 285-287
 nos transtornos de personalidade, 273

H

Hidantoínas, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Higiene na avaliação do estado mental, 90-91
 Hiperatividade irritável, no transtorno bipolar, entrevista em transtornos específicos e, 245-248
 Hiperatividade no transtorno bipolar, entrevista em transtornos específicos, 245-248
 Hipersensibilidade a críticas/elogios, nos transtornos de personalidade, 273
 esquiva, 287-289
 História do tratamento, 180-181, 180-181
 História familiar, 185-185, 188
 na fase de história e base de dados, com paciente cooperativo, 208-209, 209-210
 História médica, 181-185
 na fase da história e base de dados, com paciente cooperativo, 209-210
 síntomas psiquiátricos como indicadores de transtornos médicos não-detectados, 184-185, 186
 transtornos médicos como causa de sintomas psiquiátricos, 181-182, 183, 184, 182-185
 História psiquiátrica, 152, 177-185, 188
 curso dos transtornos clínicos, 177-179, 179
 curso dos transtornos de personalidade, 179-180
 do tratamento, 180-181, 180-181
 família, 185-185, 188
 história médica, 181-185
 doenças médicas como causa de sintomas psiquiátricos, 181-182, 183, 184, 182-185
 pré-mórbida, 177-178
 síntomas psiquiátricos como indicadores de doenças médicas não-detectadas, 184-185, 186
 social, 180-182
 História social, na fase da história e base de dados, com paciente cooperativo, 208-209
 História. *Ver* História psiquiátrica
 Hormônios, sintomas psiquiátricos associados, 186
 HPRSD (Escala de Avaliação Psiquiátrica para Depressão de Hamilton), 145-146
 Humor,
 distinguir afeto de, 100-101

na avaliação do estado mental, 102-104
 duração, 104
 estabilidade, 103-104
 intensidade, 104
 qualidade, 103-104
 reatividade, 104
 Humor, componentes do, 76

I

Idade, na avaliação do estado mental, 89-90
 Idealização, componentes, 76-77
 Idéias
 de referência, nos transtornos de personalidade, 273
 fuga, 97, 97-98
 supervalorizadas, na avaliação do estado mental, 114
 Idéias supervalorizadas, na avaliação do estado mental, 114
 Identidade,
 gênero, transtornos de, sintomas essenciais, 158
 perturbada, no transtorno de personalidade *borderline*, 273
 Identificação projetiva, componentes da, 77
 Ilusões nos transtornos de personalidade, 273
 Impersistência, testagem da, 129
 Impostura, no abuso e dependência de álcool, entrevista em transtornos específicos, 240-245
 Impressões preliminares, aprofundamento. Ver Fase de aprofundamento das impressões preliminares
 Impulsividade nos transtornos de personalidade, 273
 Indícios diagnósticos, 151-160
 desconforto, 153
 diferencial e, 155-160
 expandir, 154-155, 156-158
 focalizar, 154-155
 queixa principal, 153-154
 sinais, 153-154
 Inflexão da fala, afeto refletido na, 95
 Inibidores da anidrase carbônica, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Insight,
 ausente, 44-46
 na avaliação do estado mental, 118-119
 parcial, 43-44
 pleno, 43-44
 quanto às alucinações, 104-106
 Insulina, sintomas psiquiátricos associados com, 186
 Intelectualização, componentes da, 76-77
 Interpretação como técnica para lidar com defesas, 80-85
 abrangência da interpretação, 83-84
 impacto sobre o paciente, 84-85
 momento da interpretação para, 81-83
 ponto de vista e, 82-83
 Inter-relação para queixas, 62-63
 Investigação na avaliação do estado mental, 102-120
 da percepção, 104-106

de ataques paroxísmicos, 116-118
 de compulsões, 115-116
 de conversão, 116
 de delírios, 109-111, 110-113, 114
 de dissociação, 116-117
 de fobias, 114-115
 de idéias supervalorizadas, 114
 de obsessões, 114-115
 de sintomas sem explicação médica, 115-116
 de tendências homicidas e suicidas, 106-110
 do funcionamento executivo, 118-119
 do humor, 102-104
 do insight, 118-119
 do juízo crítico, 119-120
 do nível de energia, 104
 Investigação Neuropsicológica de Luria, 129
 Irracionalidade no transtorno de personalidade esquizotípica, 276-278
 Isolamento do afeto, componentes do, 76-77

J

Juízo crítico na avaliação do estado mental, 119-120

L

la belle indifférence, 101-102
 Labilidade no transtorno de personalidade *borderline*, 282-284
 Lateralidade, afasia e, 133-134
 L-Dopa, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Ler em voz alta, na testagem das afasias, 137-138
 Liderança
 do entrevistador, dependência, 51-52
 estabelecer, 48-49
 Linguagem. Ver Testagem, afasias
 Lista de verificação
 para diagnóstico, 191-192
 para exame do estado mental, 120-123
 para técnicas, 85-86
 para testagem, 146-147
 Lista(s)
 de transtornos não-investigados, 151-152
 de transtornos psiquiátricos excluídos, 151
 de transtornos psiquiátricos incluídos, 151

M

Memória
 amnésia global transitória e, 118
 na avaliação do estado mental, 99-100
 distorção da memória e, 99-100

falsa memória e, 100
 testagem da. Ver Testagem, memória,
 Mentir, no transtorno de personalidade anti-social, 273, 278-282
 Mercimento, sentimentos de, no transtorno de personalidade narcista, 273
 Miniexame do Estado Mental, para transtornos de deterioração cognitiva, 144-145, 145
Mitmachen, testando, 139-140
 Modo de vestir, na avaliação do estado mental, 90-91
 Montgomery-Asberg Escala de Avaliação para Depressão de (MADRS), 145-146
 Motivação, afeto, e, 100-101
 Movimento(s)
 facial, afeto refletido, 100, 140-141
 patológico, testagem para, 139-140
 psicomotor na avaliação do estado mental, 91-93
 reativos, afeto refletido, 100
 relativos à aparência, afeto refletido, 100
 Movimentos complexos anormais, na avaliação do estado mental, 92-93
 Movimentos dirigidos a um objetivo, na avaliação do estado mental, 91-92
 Movimentos reativos, afeto refletido, 100
 Movimentos relativos à aparência, afeto refletido nos, 100
 MRS-11 (Escala para Avaliação de Mania), 145-146
 Mudança de referencial, incapacidade de, 129-129, 129
 Mudança dissociativa na avaliação do estado mental, 117-118

N

Não-genuinidade no transtorno de personalidade histriônica, 273
 Narcolepsia,
 ataques narcolépticos na avaliação do estado mental, 117
 diagnóstico diferencial, 270
 entrevistar em transtornos específicos, 266-270
 comunicação na, 268, 270
 diagnóstico e, 268-270
 estado mental e, 268, 270
 técnica para, 268, 270
 Narcóticos, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Negação
 componentes, 77
 no abuso e dependência de álcool, entrevista em transtornos específicos, 240-245
 psicótica, componentes, 77
 Negação psicótica, componentes, 77
 Negativismo, testagem, 140
 Neologismos, 94-95
 Nível de consciência
 na avaliação do estado mental, 90-91
 testagem, 127-128
 Nível de energia na avaliação do estado mental, 104

Nomear, na testagem das afasias, 137-138
Non sequiturs, 97-98

O

Obediência patológica, testagem, 139-140
 Objetivos terapêuticos, estabelecer, 46-47
 Observação, 89-93
 da aparência, 89-91
 contato visual, 90-91
 estado nutricional, 90
 higiene e modo de vestir, 90-91
 raça e antecedentes étnicos, 89-90
 sexo e idade, 89-90
 da consciência, 90-91
 do comportamento psicomotor, 91-93
 movimentos, 91-93
 postura, 91
 Obsessões, na avaliação do estado mental, 114-115
 Onipotência, componentes, 76-77
 Oposição, testagem, 139-140
 Orientação
 na avaliação do estado mental, 99
 testagem, 132-133
 Ouvinte empático, como papel do entrevistador, 49

P

Paciente cooperativo, entrevista com, 200-212
 fase de aprofundamento das impressões preliminares, 204-208
 fase de aquecimento e de rastreamento, 200-205
 fase de diagnóstico e *feedback*, 211-212
 fase de história e da base de dados, 208-211
 fase de prognóstico e de contrato de tratamento, 211-212
 Paciente difícil, entrevista com, 219-233
 fase de aprofundamento das impressões preliminares, 222-233
 fase de aquecimento e rastreamento, 220-223
 Palilalia, 96-97
 Papéis do paciente, 50-51
 como "VIP", 50-51
 como portador de uma doença, 50-51
 como quem sofre, 50-51
 interação com os papéis do entrevistador, 50-52
 Papéis, 48-52
 do entrevistador, 49-50
 do paciente, 50-51
 Parafrasia semântica, 94-95
 Parafrenia, carregada, 101-102
 Passividade, delírios, 110-111, 112
 Pensamento
 concreto, 95-96
 conteúdo, na avaliação do estado mental, 115-116
 compulsões, 115-116

delírios, 109-111, 110-113, 114
 fobias, 114-115
 idéias supervalorizadas, 114
 obsessões, 114-115
 tendências suicidas e homicidas, 106-110
 mágico, nos transtornos de personalidade, 273
 na avaliação do estado mental, 95-99
 conceito das palavras e, 95-96
 firmeza das associações e direcionamento a um objetivo, 95-99
 Pensamento abstrato, *testagem*, 141-143
 Pensamento mágico, nos transtornos de personalidade, 273
 Pensamento tangencial, 96
 Percepção, na avaliação do estado mental, 104-106
 Perfeccionismo no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 290-292
 Perguntas
 abertas, para queixas, 56-58
 diretivas, para queixas, 61
 sim ou não, para queixas, 57
 Perguntas abertas
 para iniciar, perguntas fechadas *versus*, 57-58, 58
 para queixas, 56-58
 Perguntas de sim ou não, para queixas, 57
 Perguntas diretivas, para queixas, 61
 Perplexidade na demência, entrevista em doenças específicas, 236-240
 Perseveração, 96-97
 testagem, 140
 Perseverança, *testagem*, 129-129, 129
 Personalidade pré-mórbida, 177-178
 na fase de história e base de dados, com paciente cooperativo, 208-209
 Personalidade, pré-mórbida, 177-178
 Perturbações dos movimentos, nos transtornos psiquiátricos, 93
 Posição corporal, afeto e, 140-141
 Postura, na avaliação do estado mental, 91
 Preguiça, na narcolepsia, entrevista em transtornos específicos, 266-270
 Problemas acadêmicos, retardo mental *versus*, 266
 Problemas ambientais, 172-176
 exclusão de transtornos clínicos, 175-176
 reação mal adaptativa, 175-176
 regra dos 3 meses, 175-176
 Problemas psicossociais, 172-176
 exclusão de transtornos clínicos, 175-176
 reação mal adaptativa, 175-176
 regra de 3 meses, 175-176
 Progestágenos, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Prognóstico, 152-153, 191-192
 Projção
 componentes, 77
 delirante, componentes da, 77
 Projção delirante, componentes, 77
 Propoxifeno, sintomas psiquiátricos associados, 186

Prosopagnosia, 138
 Pseudoconvulsões na avaliação do estado mental, 117

Q

Queixa principal como indicio diagnóstico, 153-154
 Queixar-se e rejeitar ajuda, componentes de, 77
 Queixas,
 principal, como indicio diagnóstico, 153-154
 técnicas de abertura, 56-58, 58
 técnicas de condução. *Ver* Técnicas de condução, para queixas
 técnicas de esclarecimento. *Ver* Técnicas de esclarecimento, para queixas
 Questões fechadas, para abertura, 57-58
 questões abertas *versus*, 57-58, 58

R

Raça, na avaliação do estado mental, 89-90
 Racionalização, componentes, 77
 Rastreamento. *Ver* Fase de aquecimento e de rastreamento
 Reação magnética, *testagem* para, 140
 Reasseguramento, como técnica para lidar com defesas, 78-79
 Redirecionar, para queixas, 66-67
 Reflexo de apreensão forçada, *testagem*, 139
 Reflexo de apreensão, *testagem*, 139
 Reflexo de Babinski, *testagem*, 139
 Reflexo de sucção, *testagem*, 139-140
 Reflexo do muxoxo, *testagem* do, 139-140
 Reflexo dos pontos cardeais, *testagem*, 139-140
 Reflexo glabellar, *testagem*, 139
 Reflexo palmomental, *testagem* do, 139
 Reflexos patológicos, *testagem*, 138-140
 Relações de causa-e-efeito, transições, 67-68
 Relações instáveis, no transtorno de personalidade *borderline*, 273
 Relações temporais, transições, 68
 Relaxantes musculares vasculares, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Repetição na *testagem* das afasias, 135, 137
 Repressão, componentes, 76-77
 Resistência, 69-75
 confrontação e, 70-74
 com as consequências, 72-74
 deslocamento e substituição do foco, 73-74
 exagero e, 74
 expressar aceitação e, 70-71
 indução à fanfarronice e, 74-75
 técnicas, 55-56
 Respostas autonômicas, afeto refletido em, 95, 100
 Ressentimento, no transtorno de personalidade passivo-agressiva, 292-294

Resumo de caso, 212-217
 exemplo, 214-217
 formato, 212-215
 Retardo mental
 diagnóstico diferencial do, 266-267
 entrevistar em transtornos específicos e, 262-267
 comunicação no, 262-263, 263-265, 265-266
 diagnóstico e, 262-265, 265, 266-267
 estado mental e, 262-263, 263-264, 265, 265-266
 técnica para, 262-263, 263-264, 265-266
 sintomas essenciais do, 158, 162
 Retraimento
 apático, componentes do, 77
 no transtorno de personalidade esquizóide, 275-277
 Retraimento apático, componentes do, 77
 Revisão de sintomas, para queixas, 59-61
 Revisar sintomas, para queixas, 59-61
 Roubar, no transtorno de personalidade anti-social, 273

S

Sacrifício, no transtorno de personalidade autodestrutiva, 296-299
 Salada de palavras, 94, 97-99
 Salicilatos, sintomas psiquiátricos associados aos, 186
Schnauzkrampf, 128
 Sentimentos de desmerecimento, no transtorno de personalidade narcisista, 273
 Sentimentos de perseguição, no retardo mental, entrevistar em doenças específicas, 262-267
 Sexo, na avaliação do estado mental, 89-90
 Sinais, como indicio diagnóstico, 153-154
 Síncope, na avaliação do estado mental, 116-117
 Síndrome de Gerstmann, 138
 Síntese, para queixas, 63-65
 Sintoma(s),
 associados,
 de transtornos clínicos, 165-166
 essenciais. *Ver* Sintomas essenciais
 Sintomas associados, de transtornos clínicos, 165-166
 Sintomas essenciais, 153, 156-158
 da esquizofrenia, 156-157, 162
 do retardo mental, 158, 162
 do transtorno bipolar, 162
 do transtorno de ansiedade generalizada, 163-164
 do transtorno de estresse pós-traumático, 163-164
 do transtorno de pânico, 162-163
 do transtorno de somatização, 163-164
 do transtorno depressivo maior, 162
 do transtorno do controle dos impulsos, 158
 do transtorno obsessivo-compulsivo, 162-163
 do transtorno somatoforme, 157-158
 dos episódios maníacos, 162
 dos transtornos cognitivos, 156, 161-162
 dos transtornos da alimentação, 158, 163-164, 164

dos transtornos da identidade de gênero, 158
 dos transtornos de adaptação, 158, 164
 dos transtornos de ansiedade, 156-158
 dos transtornos do humor, 156-157
 dos transtornos fóbicos, 162-163
 dos transtornos primários do sono, 158
 dos transtornos psicóticos, 156-157
 dos transtornos relacionados a substâncias, 156, 162
 dos transtornos sexuais, 158
 Sintomas nucleares. *Ver* Sintomas essenciais
 Sintomas somáticos, sem explicação médica, na avaliação do estado mental, 115-116
 SOFAS (Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional), 190
 Sofredor, como papel do paciente, 50-51
 Sondagem, para queixas, 61-63
 Sublimação, componentes, 76
 Submissão
 no transtorno de personalidade dependente, 288-290
 nos transtornos de personalidade, 273
 Succinimidas, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Sucesso, fantasia de, no transtorno de personalidade narcisista, 273
 Sugestionabilidade, *testagem* para, 141-142
 Sulfonamidas, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Sulfonas, sintomas psiquiátricos associados, 186
 Superinclusividade do pensamento, 95-96
 Supressão, componentes, 76

T

Tarasoff v. Universidade da Califórnia, 108, 108-109
 Técnica, 33-34, 55-86. *Ver também* Técnicas de esclarecimento; Técnicas de condução
 entrevista em transtornos específicos
 na demência, 237, 237-238, 238-239, 239
 na narcolepsia, 268, 270
 nas fobias, 254-255, 255-256
 no abuso e dependência de álcool, 242, 242-243, 243, 244-245, 245
 no retardo mental, 262-263, 263-264, 265-266
 no transtorno bipolar, 246-247
 no transtorno de pânico, 258, 258-259, 260, 261-262
 no transtorno de personalidade anti-social, 279-280
 no transtorno de personalidade *borderline*, 282-283
 no transtorno de personalidade dependente, 289
 no transtorno de personalidade esquiva, 287-288
 no transtorno de personalidade esquizóide, 275
 no transtorno de personalidade histriônica, 284-285
 no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, 291
 no transtorno de personalidade paranóide, 274
 no transtorno de personalidade passivo-agressiva, 292-293
 no transtorno delirante, 250, 251, 252

- interjogo com outros componentes e fases da entrevista, 195
- lista de verificação, 85-86
- na fase da história e da base de dados, 197-198
- com paciente cooperativo, 210-211
- na fase de aprofundamento das impressões preliminares, 197
- com paciente cooperativo, 207
- com paciente difícil, 223, 223-225, 225, 226, 226-228, 229-230, 230-231, 232-233
- na fase de aquecimento e de rastreamento, 194-196
- com paciente cooperativo, 203-204
- com paciente difícil, 221-222
- na fase de diagnóstico e de *feedback*, 199
- com paciente cooperativo, 211-212
- na fase de prognóstico e de contrato de tratamento, 199-200
- com paciente cooperativo, 212
- para queixas, 55-70
- abertura, 56-58, 58
- condução, 65-70
- esclarecimento, 58-65
- para defesas, 55-57
- para resistência, 55-56
- Técnicas de condução, para queixas, 65-70
- continuação, 65-66
- eco, 65-66
- redirecionamento, 66-67
- transições abruptas, 68-70
- transições acentuadas, 68-69
- transições suaves, 67-68
- Técnicas de esclarecimento para queixas, 58-65
- especificação, 58-59
- generalização, 59-60
- inter-relação, 62-63
- perguntas diretivas, 61
- revisão de sintomas, 59-61
- síntese, 63-65
- sondagem, 61-63
- Técnicas para iniciar, para queixas, 56-58, 58
- Tédio no transtorno de personalidade *borderline*, 273
- Tendência à exploração nos transtornos de personalidade, 273
- Tendência à falsificação, no transtorno de personalidade histriônica, 283-286
- Tendências homicidas na avaliação do estado mental, 106-110
- Tendências suicidas na avaliação do estado mental, 106-110
- Testagem da inteligência, 142-144, 143-144
- Testagem, 125-147
- achados do estado mental como suporte para o diagnóstico, advertência, 145-146
- da amplitude do afeto, 140-141
- da atenção e vigilância, 128-129
- da inteligência, 142-144, 143-144
- da memória, 129-133, 130, 131-132
- de curto prazo, 130-131
- de longo prazo, 131
- imediate, 129-131, 130
- recente, 131-133, 131-132
- remota, 132-133
- da sugestibilidade, 141-142
- do nível de consciência, 127-128
- do pensamento abstrato, 141-143
- lista de verificação, 146-147
- momento, 126-127
- para afasia. *Ver* Afasias, testagem
- para agnosia, 138-139, 138
- para apraxia, 138-139, 139
- para movimentos patológicos, 139-140
- para reflexos patológicos, 138-139, 139-140
- procedimento, 127-128
- propósitos, 126
- seriada, de estados psicológicos selecionados, 144-146
- escala de classificação para fins gerais, 145-146
- transtornos da deterioração cognitiva, 144-145, 145
- transtornos de ansiedade, 145-146
- transtornos do humor, 145-146
- usos, 126-127
- Teste da inclinação, 141-142
- Teste das pálpebras cansadas, 141-142
- Teste de Kent, 142-144, 143-144
- Teste de Shipley-Hartford, 239-240
- Teste do pêndulo, 141-142
- Teste dos dedos colados, 141-142
- Thompson v. Condado de Alameda*, 108-109
- Tom de voz, afeto, 140-141
- Traços de personalidade, 179-180
- Transições abruptas, 68-70
- Transições acentuadas, para queixas, 68-69
- Transições suaves para queixas, 67-68
- Transições,
- abruptas, 68-70
- acentuadas, 68-69
- relação de causa-e-efeito, 67-68
- relações temporais, 68
- suaves, 67-68
- Transtorno de ansiedade generalizado (GAD)
- retardo mental *versus*, 266
- sintomas essenciais de, 163-164
- Transtorno de estresse pós-traumático, sintomas essenciais, 163-164
- Transtorno de identidade de gênero, sintomas essenciais, 158
- Transtorno de pânico
- avaliação, durante entrevista com paciente cooperativo, 206-207
- entrevista em transtornos específicos, 256-262
- comunicação, 257, 258-259, 259-260, 261-262
- diagnóstico, 258, 258-259, 260, 261-262
- estado mental, 258, 258-259
- técnica, 258, 258-259, 260, 261-262

- sintomas essenciais, 162-163
- Transtorno de personalidade anti-social,
- co-morbidade e ocorrência na família, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos, 278-282
- comunicação, 278-279
- diagnóstico, 280-282
- estado mental, 279-280
- técnica, 279-280
- más adaptações, 173
- narcolepsia *versus*, 270
- Transtorno de personalidade autodestrutiva, entrevistar em transtornos específicos, 296-299
- más adaptações, 173-174
- Transtorno de personalidade *borderline*,
- co-morbidade e ocorrência na família, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevistar em transtornos específicos, 282-284
- comunicação, 282-283
- diagnóstico, 283-284
- estado mental, 282-283
- técnica, 282-283
- más adaptações, 173
- Transtorno de personalidade dependente,
- co-morbidade e ocorrência na família, 170
- critérios do DSM-TR para, 273
- entrevistar em transtornos específicos, 288-290
- comunicação no, 288-289
- diagnóstico e, 289-290
- estado mental e, 289
- técnica para, 289
- más adaptações, 173-174
- Transtorno de personalidade depressiva
- más adaptações, 173-174
- transtorno distímico *versus*, 292-293
- Transtorno de personalidade esquiva,
- co-morbidade e ocorrência na família, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos,
- comunicação, 287-288
- diagnóstico, 288-289
- estado mental, 288
- técnica, 287-288
- más adaptações, 173-174
- Transtorno de personalidade esquizóide,
- co-morbidade e ocorrência familiar, 169
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos, 275-277
- comunicação, 275
- diagnóstico, 275-277
- estado mental, 275-277
- técnica, 275
- más adaptações, 173
- Transtorno de personalidade histriônica,
- co-morbidade e ocorrência familiar, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos, 283-286
- comunicação em, 283-284
- diagnóstico e, 284-286
- estado mental e, 284-285
- técnica para, 284-285
- má adaptações, 173
- Transtorno de personalidade narcisista,
- co-morbidade e ocorrência familiar, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos, 285-287
- má adaptações, 173
- Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
- co-morbidade e ocorrência familiar, 170
- critérios do DSM-TR, 273
- entrevista em transtornos específicos, 290-292
- comunicação, 290-291
- diagnóstico, 291-292
- estado mental, 291
- técnica, 291
- má adaptações, 173-174
- Transtorno de personalidade paranóide,
- co-morbidade e ocorrência familiar, 169
- entrevista em transtornos específicos, 274-275
- comunicação, 274
- diagnóstico, 274-275
- estado mental, 274-275
- técnica, 274
- transtorno delirante *versus*, 253-254
- Transtorno de personalidade passivo-agressiva,
- entrevista em transtornos específicos, 292-294
- comunicação, 292-293
- diagnóstico, 293-294
- estado mental, 292-293
- técnica, 292-293
- má adaptações, 173-174
- Transtorno de personalidade sádica, entrevista em doenças específicas, 294-297
- Transtorno de somatização, sintomas essenciais, 163-164
- Transtorno delirante
- diagnóstico diferencial, 253-254
- entrevista em transtornos específicos, 248-254
- abordagem e, 248-254
- comunicação e, 249-250, 251, 251-253
- diagnóstico e, 250, 251-252, 252-253, 253-254
- estado mental e, 250, 251, 252, 253
- técnica e, 250, 251, 252
- Transtorno depressivo maior
- narcolepsia *versus*, 270
- retardo mental *versus*, 266
- sintomas essenciais do, 162
- transtorno delirante *versus*, 253-254
- Transtorno depressivo. *Ver* Transtorno depressivo maior
- Transtorno distímico, transtorno de personalidade depressiva *versus*, 292-293
- Transtorno explosivo intermitente,
- narcolepsia *versus*, 270

- Transtorno obsessivo-compulsivo,
avaliação, durante entrevista com paciente cooperativo,
206-207
sintomas essenciais, 162-163
- Transtornos bipolares
entrevista em transtornos específicos, 245-248
abordagem, 245-246
coleta de fatos, 245-248
comunicação, 246-247, 247-248
confirmação do diagnóstico de transtorno bipolar, 248
diagnóstico e, 247, 247-248, 248
estado mental, 247, 247-248, 248
excluir abuso de substância e, 247-248
excluir demência e *delirium* e, 247-248
técnica, 246-247
episódios maníacos
avaliação, durante entrevista com paciente cooperativo,
205
sintomas essenciais, 162
- Transtornos clínicos, 161-166. *Ver também* Entrevista em
transtornos específicos; *transtornos específicos*
curso, 177-179, 179
sintomas associados, 165-166
sintomas essenciais, 161-165. *Ver também* Sintomas
essenciais,
- Transtornos cognitivos. *Ver também* Demências; Retardo
mental
sintomas essenciais, 156, 161-162
testagem seriada, 144-145, 145
- Transtornos da adaptação, sintomas essenciais, 158, 164
- Transtornos da alimentação, sintomas essenciais, 158, 163-
164, 164
- Transtornos de ansiedade
sintomas essenciais, 156-158
testagem seriada, 145-146
- Transtornos de personalidade. *Ver também* tipos específicos de
transtornos de personalidade
critérios diagnósticos, 166-172
padrão de má adaptação ao longo da vida, 166-167
padrões específicos de má adaptação, 167-168, 169-
170, 168, 170
critérios do DSM-TR, 271-272, 273
curso, 179-180
entrevista em transtornos específicos, 271-299
- Grupo A, 168, 170, 173, 116-117
critérios do DSM-TR, 273
entrevista em transtornos específicos, 272, 274-278
- Grupo B, 168, 170, 173, 171-172
critérios do DSM-TR, 273
entrevista em transtornos específicos,
Grupo C, 173-174, 171-172
critérios do DSM-TR, 273
entrevista em transtornos específicos, 287-292
sem outra especificação, 173-174, 171-172
entrevista em transtornos específicos, 292-299
- Transtornos do controle dos impulsos, sintomas essenciais,
158
- Transtornos do humor. *Ver também* Transtorno bipolar;
Transtorno depressivo maior
sintomas essenciais, 156-157
testagem seriada, 145-146
- Transtornos do sono, primários, sintomas essenciais, 158
- Transtornos não-investigados, verificar, 176-177
- Transtornos psicóticos. *Ver também* Esquizofrenia
devido a uma condição médica geral, transtorno delirante
versus, 253-254
sintomas essenciais, 156-157
- Transtornos relacionados a substâncias. *Ver também* Abuso e
dependência de álcool
avaliação, durante entrevista com paciente cooperativo,
206
sintomas essenciais, 156, 162
- Transtornos sexuais, sintomas essenciais, 158
- Transtornos somatoformes, sintomas essenciais, 157-158
- Tricomonádicos, sintomas psiquiátricos associados, 186
- Tuberculosstáticos, sintomas psiquiátricos associados, 186

V

- Varição diurna no humor, 103-104
- Vazio no transtorno de personalidade *borderline*, 273
- Verbificação, 96-97
- Verhältnismisblödsinn*, 262
- Vigilância, testagem, 128-129
- Violação de leis no transtorno de personalidade anti-social,
273
- VIP, como papel do paciente, 50-51
- Voz, tom de, afeto e, 95, 140-141

X

- Xantinas, sintomas psiquiátricos associados, 186

33148633
23
24
8
8
r N. i.